

**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный университет»

Факультет стоматологии и медицинских технологий

Кафедра стоматологии

Допускается к защите

Заведующая кафедрой

Профессор, д.м.н.

\_\_\_\_\_ Н.А. Соколов

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**НА ТЕМУ: АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕГАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
ДЕТЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ**

Выполнила студентка

**Вошула Анна Вячеславовна**

528 группы

Научный руководитель

**к.м.н., доцент Васянина**

**Анна Анатольевна**

Санкт-Петербург

2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение.....</b>	<b>5</b>
<b>Глава 1. Анализ причин негативного поведения детей на стоматологическом приеме.....</b>	<b>11</b>
1.1 Признаки негативного поведения.....	11
1.2 Психофизиологические особенности ребенка.....	13
1.3 Причинно-следственные связи, обуславливающие поведение ребенка на стоматологическом приеме.....	15
1.3.1 <i>Плохое здоровье ребенка.....</i>	<i>15</i>
1.3.2 <i>Функциональный дисбаланс систем организма.....</i>	<i>16</i>
1.3.3 <i>Коммуникативная некомпетентность врача.....</i>	<i>17</i>
1.3.4 <i>Дефицит внимания у ребенка.....</i>	<i>20</i>
1.3.5 <i>Принуждение, насильственный привод ребенка к стоматологу.....</i>	<i>21</i>
1.3.6 <i>Желание ребенка наказать родителей.....</i>	<i>23</i>
1.3.7 <i>Употребление родителями или стоматологом необдуманных слов перед лечением или в процессе лечения.....</i>	<i>23</i>
1.3.8 <i>Ожидание и боязнь боли; реальная острая боль при гнойных воспалениях зуба; боль, испытываемая в процессе лечения зубов; низкий порог болевой чувствительности.....</i>	<i>25</i>
1.3.9 <i>Волнительное ожидание стоматологических манипуляций....</i>	<i>25</i>
1.3.10 <i>Неправильное и неестественное поведение родителей перед посещением стоматолога, рассказы окружающих.....</i>	<i>26</i>
1.3.11 <i>Склонность родителей к беспокойству, неврозоподобным состояниям.....</i>	<i>28</i>
1.3.12 <i>Усталость ребенка.....</i>	<i>29</i>
1.3.13 <i>Отсутствие предыдущего опыта посещения стоматолога...</i>	<i>29</i>
1.3.14 <i>Боязнь уколов.....</i>	<i>29</i>

1.3.15	<i>Негативный стоматологический опыт или пережитые ранее травмы, негативный опыт общения с врачами других специальностей</i>	30
1.3.16	<i>Просмотр детьми масс-медиа</i>	31
1.3.17	<i>Воображение ребенка и мнительность</i>	32
1.3.18	<i>Появление в поле пациента без предупреждения предметов, звуков, запахов, вкусовых ощущений, вызывающих дискомфорт, тревогу или страх</i>	32
1.3.19	<i>Лабильность детских эмоций</i>	33
1.3.20	<i>Беспомощность пациента в определенном положении</i>	34
1.3.21	<i>Инстинкт самосохранения</i>	35
<b>Глава 2. Методы диагностики психологического состояния и методы психокоррекции стоматологического пациента</b>		37
2.1	<i>Сущность применяемых методов</i>	37
2.1.1	<i>Поведенческая шкала Франкла (объективная оценка тревожности)</i>	40
2.1.2	<i>Цветовой тест Люшера</i>	40
2.1.3	<i>Оценка стоматологической тревожности по шкале Кораха</i>	41
2.1.4	<i>Опросник Спилберга-Ханина</i>	41
2.1.5	<i>Рисуночные методики оценки психоэмоционального состояния</i>	41
2.1.6	<i>Тест Сонди или тест восьми влечений</i>	42
2.1.7	<i>Методика «Паровозик»</i>	43
2.1.8	<i>Анкета-опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» по И.М. Марковской</i>	43
2.1.9	<i>Метод видео-компьютерной психодиагностики и психокоррекции по А.Н. Ануашвили</i>	44
2.2	<i>Использование методов диагностики в практической стоматологии</i>	47
2.3	<i>Методы немедикаментозного управления поведением ребенка на</i>	

стоматологическом приеме.....	49
<b>Глава 3. Результаты собственного исследования.....</b>	<b>53</b>
3.1 Организация исследования, материалы, метод. ....	53
<b>Заключение.....</b>	<b>62</b>
<b>Выводы.....</b>	<b>64</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>66</b>
<b>Приложение 1. Анкета. Насколько велик мой страх перед стоматологом.....</b>	
<b>Приложение 2. Тест-опрос для ребенка и родителя. «Стоматология в Вашей семье».....</b>	
<b>Приложение 3. Диагностическая таблица оценки информативности признака по анкете «Насколько велик мой страх перед стоматологом».</b>	
<b>Приложение 4. Диагностическая таблица оценки информативности признака по анкете «Стоматология в Вашей семье».</b>	
<b>Приложение 5. Тезисы доклада: Васянина, А. А. Анализ причин негативного поведения детей на стоматологическом приеме / А. А. Васянина, А. В. Вощула // Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Профилактика стоматологических заболеваний», Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент. –2018. - С.23-24.</b>	

## ВВЕДЕНИЕ

Все контакты между стоматологами и пациентами, помимо терапевтической, лечебной связи, являются системой человеческих взаимоотношений. От того, как будут выстроены эти взаимоотношения, зависит в конечном итоге успешность лечения. Поскольку развитие многих стоматологических заболеваний начинается в раннем детском возрасте, то профессиональное общение на детском стоматологическом приеме начинается с обмена информацией между врачом и родителями маленького пациента. Пациент для врача является не только объектом диагностики и терапии, но и субъектом со сложным психофизиологическим миром, индивидуально реагирующим на болезнь, окружающую обстановку, условия микросоциальной среды [34].

В этой связи, для достижения успеха врач-стоматолог должен пользоваться знаниями возрастной и семейной психологии, владеть различными технологиями управления поведением детей в ходе проведения стоматологических манипуляций.

Несмотря на достижения современной стоматологии в профилактике и лечении стоматологических заболеваний, большинство детей испытывают перед стоматологическим приемом и во время него такие психические состояния, как напряжение, утомление, тревогу, стресс и страх, которые зачастую приводят к устойчивой тревожности. Вопрос о причинах устойчивой тревожности принадлежит к числу наиболее значимых, наиболее изучаемых и вместе с тем наиболее спорных. Существует множество теорий тревожности по причине её полифакторной этиологии. Искусственное моделирование процесса ее зарождения и закрепления невозможны, прежде всего, по этическим соображениям. По мнению автора данной работы, наиболее корректная модель тревожности рассматривается Прихожан А. М. [23], как эмоционально-личностное образование, которое имеет когнитивный, эмоциональный и операциональный аспекты. Вопрос о том, как, по каким каналам, каким

способом у детей образуется отрицательный эмоциональный опыт, каковы его внешние и внутренние источники, является одним из центральных при изучении причин личностной тревожности.

Страх перед стоматологическим лечением, а также негативные эмоциональные переживания по поводу стоматологического вмешательства являются важнейшими факторами, формирующими поведенческие установки человека. Психические состояния, проявляющиеся в виде мимических, вербальных, моторных реакций (повышенная двигательная активность ребенка), считаются негативным поведением, которое мешает работе врача и ухудшает качество лечебной работы. Индивидуальный характер реакции пациента на стоматологическое вмешательство формируется в зависимости от выраженности психоэмоционального напряжения и личностных характеристик. По данным многочисленных исследований, выраженный страх стоматологического вмешательства занимает в перечне человеческих страхов высокое место и выявляется у 33 – 67 % населения земного шара. Наивысшая степень такого страха – стоматофобия – может сформироваться в детстве и сохраняться на протяжении всей жизни [8]. Страх у некоторых детей может переходить в состояние аффекта, которое полностью исключает возможность проведения лечения, а во многих случаях является причиной возникновения неотложных состояний.

По данным А.А. Васяниной (2008) [5], коррекция поведения во время лечения зубов нужна 86 % младших школьников. Иногда управление поведением пациента становится главной составляющей частью работы детского стоматолога и, к сожалению, является одной из причин нежелания молодых врачей работать в детской стоматологии.

Область интересов исследования затрагивает общие характеристики уровня тревоги у детей разного возраста, а также причины тревожности как устойчивого образования, являющегося свидетельством нарушений в личностном развитии.

Среди множественных причин негативного отношения детей к посещению стоматолога следует отметить эмоциональную неготовность родителей к выполнению рекомендаций (требований) и назначений врача, а также коммуникативную некомпетентность врача. Имеются данные [17] по опросу врачей-стоматологов, которые свидетельствуют, что выявление психологических особенностей пациентов вызывает определенные трудности у врачей-стоматологов. Только половина (49 %) стоматологов уверена в том, что они могут определить уровень страха пациента на приеме, а вторая половина (51 %) затрудняется в определении особенностей эмоционального состояния пациентов. При этом врачи с большим стажем работы и старше 50 лет демонстрируют больший процент правильных ответов при моделировании коммуникативных ситуаций. Это указывает на то, что детскому врачу-стоматологу необходимо наряду с профессиональными качествами совершенствовать навыки общения с пациентами, испытывающими страх перед визитом. Детский стоматолог должен быть хорошим психологом, чтобы распознать причину возникновения той или иной негативной реакции и оценить уровень тревожности маленького пациента, спрогнозировать поведение ребенка перед стоматологическим вмешательством и, таким образом, найти индивидуальный психологический подход к каждому ребенку в отдельности.

Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Мельникова Д.В. и др. проводили анализ уровня тревожности детей на амбулаторном хирургическом приеме и указывают [32] на отсутствие идеального метода для оценки психоэмоционального состояния пациента перед стоматологическим вмешательством. Власова Д. С. (2012) в своей работе [8] также отмечает ограниченность применения имеющихся социологических методов у детей в возрасте до трех лет.

Анализ причин негативного поведения ребенка на стоматологическом приеме с целью раскрытия сущности психологических

проблем пациента, позволяет лучше разобраться в психологии ребенка. Поиск новых методов выявления психологических особенностей пациентов помогает установлению контактов стоматолога с детьми и их родителями и является актуальной задачей, прежде всего, молодых докторов.

**Цель работы:** ознакомиться с типами поведения родителя, приведшего маленького пациента на стоматологический прием, научиться прогнозировать и предупреждать нежелательные реакции детей на стоматологическое вмешательство на основе предварительной оценки психоэмоционального состояния пациента и знаний возрастной психофизиологии, научиться формировать позитивное отношение ребенка к стоматологическому вмешательству посредством немедикаментозных методов управления поведением ребенка, базируясь на результатах проведенного исследования и анализа причин негативного поведения детей на стоматологическом приеме.

Для достижения поставленной цели автором работы были определены следующие задачи:

- 1) изучить специальную литературу, обобщить причины негативного поведения детей на стоматологическом приеме, провести анализ по теме исследования и установить причинно-следственные связи;
- 2) сделать обзор используемых методов психодиагностики пациентов на момент обращения за стоматологической помощью и обзор немедикаментозных методов управления поведением ребенка на стоматологическом приеме;
- 3) составить анкету и провести анкетирование детей разных возрастных групп и их родителей, обращающихся за стоматологической помощью. Определить личностные особенности анкетлируемых, тип их отношения к стоматологической помощи, уровень эмоционального напряжения (тревожности) перед стоматологическим приёмом, связь тревожности детей и их родителей. Установить среди опрошенных



среднестатистический процент детей, которые потенциально нуждаются в коррекции поведения во время лечения зубов вследствие установленного у них статуса тревожности перед стоматологическим приемом. Сопоставить результат с данными А. А. Васяниной (2008) [5];

4) сформулировать предложения для повышения эффективности оказания стоматологической помощи детям, ликвидации дентофобии среди детей и уменьшения процента страдающих среди взрослого населения.

С целью реализации поставленных задач автор использовал следующие методы:

- теоретический анализ литературных источников;
- анкетирование, наблюдение;
- метод качественного описания результатов анкетирования и метод математико-статистического анализа для обработки данных.

Знакомство с материалами на сайтах российского и европейского интернет-пространства по теме представленной работы и желание исследователя внести свой вклад в уменьшение страхов пациентов на приеме у врача-стоматолога укрепило автора данной работы в идее создания на сайте Стоматологической Ассоциации России (СтАР) <http://www.e-stomatology.ru/star/> координационного центра по работе с тревожными пациентами. Многие медицинские учреждения и частные клиники могли бы внести важный вклад в решение проблемных вопросов, связанных со здоровьем таких пациентов. Размещать информацию на сайте могли бы стоматологи и психологи, имеющие интерес к данной проблеме, а также практический опыт работы с пациентами, страдающими дентофобией. Здесь могли бы быть размещены советы специалистов, ссылки на применяемые практики лечения, психокоррекции, реклама вебинаров и курсов повышения квалификации по данной теме, результаты новых исследований, варианты анкет для самостоятельного тестирования пациентов, интервью и отчеты пациентов, короткометражные фильмы о

разнообразных клинических ситуациях с целью моделирования и демонстрации адекватного поведения на стоматологическом приёме. Глобальной целью создания такого координационного центра является ознакомление медицинских работников с особенностями тревожных пациентов, формирование банка вариантов стратегии, направленной на эффективное лечение дентофобии у детей, и выработка надлежащих подходов к решению сопутствующих проблем. Публикация подобных данных помогла бы многим людям пересмотреть свой взгляд на стоматологию и заняться профилактикой и лечением своих зубов без страха.

## **ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕГАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ**

### **1.1 Признаки негативного поведения**

Предложено выделять 8 следующих характеристик, которые указывают на негативное поведение детей на стоматологическом приеме: движение головой, высоко поднятые руки, движение корпусом, ногами, крики, устные протестующие заявления и физическое сопротивление стоматологическому лечению [18].

Более подробное описание признаков негативного поведения включает следующее:

- ребенок сопротивляется лечению, капризничает, плачет, кричит во время лечения;
- на лице ребенка гримаса недовольства или отсутствие мимических проявлений;
- слёзы или плач без слез,
- тревожные вопросы и уточнения: «Только один зуб?», «Можно с уколом?»
- словесные отказы от лечения, условия, крик. В ответ на вопрос: «Будем лечить зубы?» ребенок заявляет: «Я не хочу», «Я не буду», «Я не должен», «Нет, не хочу», «Не сегодня», «У меня зубы не болят», «Это ужасно, мне будет больно!», «Очень боюсь!»;
- долгое топтание в дверях, ребенок прячется за спиной у родителей, может оказать физическое сопротивление при попытке разделения его с родителями, наблюдается замедленный подход к креслу и медленное усаживание в кресло (застенчивое поведение);
- отказ открыть рот при включении бормашины;
- отказ от продолжения лечения после частичного препарирования кариозной полости, от постановки и шлифовки пломбы;

- подъем рук ко рту, защитная активность рук, ног, повороты головы, отодвигание тела в сторону от врача, полная неконтролируемость движений и действий;
- игнорирование любой попытки общения с врачом, отказы открыть рот для осмотра и лечения, отказы от любого контакта с врачом;
- сильное напряжение мышц, агрессия с ее физическим проявлением.

Возникающая ситуативная тревожность может сопровождаться целым рядом физических симптомов. Они появляются из-за чрезмерной активации симпатической нервной системы и повышенного напряжения скелетной мускулатуры. Появление следующих симптомов может также служить внешним прогностическим признаком негативного поведения пациента на стоматологическом приеме:

- учащенное дыхание, одышка, удушье;
- жалобы на трудности при вдохе;
- жалобы на боль в области сердца;
- жалобы на шум в ушах;
- жалобы на головокружение или головную боль;
- бледность кожных покровов, состояние перед обмороком или сам обморок;
- влажные ладони или очень холодные руки;
- сухость во рту;
- тошнота, рвота;
- «бурление» в кишечнике, колика, диарея;
- тремор конечностей;
- сильное напряжение мышц, сжатие челюсти
- повышенная моторная реакция;
- повышенное потоотделение;
- расширение зрачков.

Физиологические параметры являются информативными показателями, свидетельствующими о страхе детей любого возраста. Однако при регистрации данных параметров необходимо учитывать общесоматическое здоровье ребенка [5].

## **1.2 Психофизиологические особенности ребенка**

Большую роль в определении поведения ребенка во время стоматологического приема играют особенности психологии внутреннего мира ребенка [2]. При лечении маленьких пациентов необходимо знать и учитывать возрастные особенности психологии и восприятия окружающего мира. Выделяют следующие возрастные периоды жизни ребенка:

- раннее детство (1-3 года);
- дошкольный возраст (3-6 лет);
- младший школьный возраст (7-10 лет);
- подростковый возраст (10-14 лет);
- ранняя юность (15-18 лет).

Определенные периоды жизни имеют свои психофизиологические характеристики.

Автор [4] подчеркивает, что у каждого ребенка имеется индивидуальный темп биологического развития и его биологический возраст может в определенной степени отличаться от возраста его сверстников по метрическому свидетельству. Многие функциональные возможности организма коррелируют прежде всего с биологическим возрастом, но не с календарным. Отсюда следуют индивидуальные меры организации режима жизни, охраны здоровья, подхода к его воспитанию и обучению. Поэтому в биологии детства предпринимались и предпринимаются попытки классификации периодов детского возраста не по календарным срокам жизни, а по биологическим чертам зрелости.

Выделяют четыре стадии развития ребенка по Пиаже (швейцарский психолог и биолог):

1) сенсорно-моторный период (от рождения до двух лет) – дети приобретают первичные ощущения вкуса, прикосновения, сигналов, звуков и манипуляций;

2) префункциональный период (от двух до семи лет) – дети в этой стадии имеют способность к интуитивному мышлению, но в большинстве случаев ощущения строятся на восприятии. Дети верят во все, что видят и слышат;

3) конкретный операционный период (7-11 лет) – дети в этот период обретают способность реверсировать свои мысли и ощущения логически;

4) формальный функциональный период (11-14 лет) – когда наступает подростковый период, начинается более высокий и богатый уровень интеллектуального развития: способность мыслить абстрактно.

Детский врач–стоматолог Дубровина Т. В. отмечает в своей статье [10], что наиболее сложным возрастным периодом для оказания стоматологической помощи является период от 2 до 5 лет, когда дети еще не в состоянии контролировать свои эмоции и действия. В этом возрасте они слабо доступны контакту, не могут в полной мере рассказать о своих переживаниях и страхах, не могут адекватно реагировать на любое действие врача. Многие врачи испытывают дискомфорт от нанесения ребенку психоэмоциональной травмы при лечении зубов, невозможности оказания качественной стоматологической помощи «неконтактным» детям, невозможности или неэффективности применения местной анестезии у маленьких пациентов, высокой вероятности травмирования мягких тканей. Кроме того, дети в этот период ведут себя совершенно непредсказуемо, что очень часто делает стоматологическое лечение неэффективным. Дубровина акцентирует внимание на то, что для установления психологического контакта с пациентом необходимо учитывать стадию интеллектуального развития ребенка. Она приводит

пример, как воспринимают одну и ту же фразу, сказанную стоматологом, дети 4 и 11 лет. 11-летний способен уловить юмор и переносный смысл во фразе «Сиди спокойно, иначе я просверлю тебе голову», а 4-летний ребенок воспринимает это как истинное поведение врача-стоматолога.

В зависимости от отношения ребенка к врачу-стоматологу Райт (1987) [24] поделил всех детей на три основные группы:

- способные выполнять инструкции врача;
- неспособные выполнять инструкции врача (отсутствие контакта);
- дети, которых можно заставить следовать инструкциям врача.

### **1.3 Причинно-следственные связи, обуславливающие поведение ребенка на стоматологическом приеме**

Психодиагностические признаки можно непосредственно наблюдать и регистрировать, а психологические причины являются скрытыми внутренними психологическими факторами, которые обуславливают определенное поведение и особенности человека. Трудность психологического диагноза заключается в том, что между признаками и причинами часто не существует жестких взаимно-однозначных связей. [22].

Автор дипломной работы раскрывает эти связи, анализируя предпосылки формирования причины негативного поведения ребенка на стоматологическом приеме. Анализ представлен последовательно по мере выделения причин в ходе выполнения обзора литературы:

#### **1.3.1 Плохое здоровье ребенка**

Уже в 1997 году в ежегодном сборнике «Мировая статистика здравоохранения» глобальная обсерватория здравоохранения (ГОЗ) опубликовала научные данные, которые выявили многонаправленные связи между психическим и физическим здоровьем и болезнью. Согласно этим данным мысли, чувства и поведение в отношении здоровья

оказывают большое влияние на состояние физического здоровья. И, наоборот, физическое состояние здоровья значительно влияет на психическое здоровье и благополучие [37]. Человеческое сознание, психика, мировосприятие в значительной мере определяют состояние организма.

Негативное поведение ребенка в стоматологическом кресле может быть обусловлено не только тревогой, боязнью или страхом перед предстоящим лечением, а также соматическим заболеванием. Ослабленность организма может послужить отправной точкой для развития невроза. Ослабленный ребенок тревожен, на все чувствительно реагирует, что естественным образом влияет на его поведение. По данным А. А. Васяниной (2008) [5], при оценке стоматологического и соматического статуса 110 детей с протестным поведением выявлено, что эти дети в 100 % случаев имели хроническую соматическую патологию, 62 % детей появились на свет при патологических родах, 44,4 % в первый год жизни состояли на учете у врача невропатолога. У 70 % детей была выявлена декомпенсированная форма кариеса.

Автор настоящей работы считает, что вопрос о наличии у ребенка каких-либо соматических заболеваний следует задавать родителям перед началом стоматологического приема в ходе предварительной беседы. Подобная информация может являться для врача-стоматолога предупреждением о возможности ограниченного сотрудничества с ребенком.

### **1.3.2 Функциональный дисбаланс систем организма**

В возрасте 7 - 8 и 12 - 14 лет дети заметно становятся выше. Родители обычно фиксируют этот факт в конце летнего отдыха. Внутренние органы не успевают адаптироваться, измениться по величине вслед за ростом тела. Дети порой испытывают ничем не объяснимые внутренние боли, если занимаются спортом, танцами, много двигаются. Адаптационно компенсаторные возможности детского организма



уменьшаются, поэтому дети подвержены заболеваниям, в том числе кариесу.

В кабинете у стоматолога ребенок может обостренно почувствовать дискомфорт, а взрослые могут подумать, что причина — проводимое лечение.

### **1.3.3 Коммуникативная некомпетентность врача**

Эффективные коммуникации на стоматологическом приеме являются важной составляющей профессиональной компетентности детского врача-стоматолога. Они позволяют конструктивно организовать взаимодействие с маленькими пациентами и их родителями, используя не медикаментозные, а психологические способы управления поведением ребенка [27, 30]. Коммуникативная компетентность стоматолога включает в себя следующие знания и умения:

- знание типов и функций общения и взаимодействия;
- знание типов характеров и темпераментов людей, а также того, как разные в этом отношении люди ведут себя в общении с другими людьми;
- знание возрастных особенностей поведения детей и факторов, влияющих на поведение;
- знание методов управления поведением ребенка;
- знание норм и форм поведенческого и речевого этикета;
- знание психологических приемов и методов убеждения людей;
- умение наблюдать за другими людьми в процессе общения с ними и делать правильные выводы об их личностных особенностях и эмоциональном состоянии;
- умение правильно выбирать для себя и использовать в общении с другими людьми адекватные поведенческие роли;
- умение эмоционально располагать людей к себе, вызывать их доверие;

- умение создать необходимый имидж врача, произвести благоприятное впечатление не только за счет внешнего вида, манеры, походки, используемых жестов, мимики, силы голоса, выбранного тона, но и за счет уровня духовного и интеллектуального развития, интересов личности. Благоприятный имидж отличает врача-профессионала доброжелательным, искренним интересом к людям, желанием войти в контакт с ними, помочь, создать оптимальные условия для сотрудничества.

Следует выделить три модуля профессионального общения на детском стоматологическом приеме: родители, ребенок и врач, каждый из которых требует от врача определенных знаний и навыков, поскольку именно врач является организатором сотрудничества.

Успех лечения ребенка зависит от установления доверительных отношений врача с родителями. Так, знание типа поведения родителей маленького пациента позволяет спрогнозировать его влияние на ребенка и решить, нужно ли его присутствие в кабинете во время лечения. Авторы [30] приводят в своей работе характеристики 4 типов родительского поведения:

- авторитарный – лучше доктора разбирается в стоматологических проблемах своего ребенка и знает, как их решить;
- морализующий – подозрителен во всем и ко всем, никому не доверяет, сверхзаботливый;
- рефлексирующий – с пониманием и участием относится к лечению ребенка;
- тревожный – эмоциональный, нуждается в высказывании и поддерживающих беседах.

Анкетирование по методике И. М. Марковской, проведенное Фалько Е. Н. (2015) показало, что конфронтация между родителями усиливает неадекватные требования их к ребенку, а дети, находящиеся в данной семейной ситуации в большей степени отказываются сотрудничать

с врачом. Таким родителям не следует присутствовать в кабинете во время лечения их ребёнка [31].

Если родители ребенка эмоционально не готовы к выполнению назначений и требований врача, а врач не смог определить тип поведения родителей и уровень их тревоги, установить с ними контакт и завоевать их доверие, то вероятно, он столкнется с сопротивлением ребенка, то есть с негативным поведением пациента.

Бойко В. В. в своей книге [3] отмечает, что стоматолог должен проводить экспресс диагностику родителей и использовать адекватные приемы установления отношений с ними с целью формирования терапевтического союза.

Бывает, родители присоединяются к критике стоматолога в адрес ребенка: «Слушайся доктора», «Я тебя накажу за то, что не даешь лечить». В подобных случаях сопротивление лечению может усиливаться, а страдания ребенка могут еще больше травмировать его психику. Стоматологи ошибочно считают, что такое участие родителей является доказательством возникшего терапевтического союза.

Второй психологической задачей детского врача-стоматолога является определение типа поведения ребенка и выбор тактики ведения приема, соответствующей возрасту и психике ребенка.

Киселева Е.Г. выделяет в своей работе [12] 4 стиля работы врачей: «Позитивный» (40 %), «Негативный» (27 %), «Молчаливого мастерства» (16 %), «Кнута и пряника» (17 %). И считает, что оптимальным для стоматологии детского возраста является «Позитивный» стиль со средним уровнем речевой активности врача, а при возникновении других стилей общения требуется привлечение психолога для анализа причин и коррекции взаимоотношений врачей с пациентами - детьми.

Если детский врач-стоматолог не владеет знаниями возрастной психофизиологии, не умеет определить темперамент и тип характера пациента, не может завоевать доверие ребенка, выявить детей с

фобическим расстройством и нуждаемость ребенка в применении медикаментозных средств управления его поведением во время стоматологического лечения (седация или наркоз), то он не сможет спрогнозировать возможность проведения лечебных манипуляций в полости рта. В этом случае он с высокой вероятностью столкнется с необходимостью прерывания лечения.

Профессор В.В. Бойко в своей статье [2] отмечает, что недовольство со стороны старших, критика со стороны врача может вызывать у детей 4 – 6 лет бурный эмоциональный протест: грубость, повышенную активность, сопротивление требованиям. Чем старше ребенок, тем отчетливее он беспокоится за то, что доктор может ругать или смеяться, переживает критику на уровне самосознания, воспринимает её как принижение чувства собственного достоинства. Многие пациенты отмечают, что неделикатность врача, ранящая своим ироничным отношением к проблеме, формирует у них «страх от смеха стоматолога». С возрастом защитная реакция переживается больше внутренне: ребенок замыкается, обижается, чувствует себя подавленным, униженным, испытывает огромное напряжение. Так проявляются симптомы социофобии. Появляющийся вид тревожного расстройства возникает из-за боязни осуждения со стороны других людей, особенно в ситуациях межличностного взаимодействия.

Критика в адрес ребенка задевает самолюбие родителей.

Равнодушие врача, потеря терпения и самообладания врачом, торопливость, грубые слова в адрес ребенка, неумение применять психологические практики для нормализации психологического состояния ребенка и установления эффективного контакта с ребенком и родителями маленького пациента отличают некомпетентного врача от профессионала.

### **1.3.4 Дефицит внимания у ребенка**

Детский невролог, д.п.н. А.И. Захаров в своем авторском сборнике [11] отмечает, что в семьях, где больше одного ребенка, может возникать ситуация, когда непроизвольно, бессознательно дети пытаются восполнить

то, что они не получают от родителей, то есть внимание. Конечно, это может случаться и в семьях, где один ребенок, но взрослые ссорятся между собой, перекладывая друг на друга свои проблемы, или в любви друг к другу забывают своего ребенка, или непоследовательно к нему относятся. Ребенок становится чрезмерно капризен вследствие непереносимого нервно-психологического напряжения и внутреннего, неразрешимого конфликта. Возникает истерический невроз.

Авторы многочисленных работ по изучению синдрома дефицита внимания отмечают, что дети, которые испытывают дефицит внимания, обычно замкнуты или, наоборот, обладают гиперактивностью. Капризная, проявляя агрессию, упрямство, грубость и прочие формы негативного поведения, ребенок совсем не обязательно боится лечиться. Он хочет достичь или, по крайней мере, хотя бы обозначить ту или иную свою цель: обратить на себя внимание, заявить о своем присутствии; удовлетворить с помощью посторонних актуальную потребность, возникшую «здесь и сейчас» (дайте мне это, сделайте так); удовлетворить базовую потребность, характерную для данного возраста; наказать взрослых за что-либо: за проявленное равнодушие, несправедливость, пережитый дискомфорт, унижение чувства собственного достоинства; спровоцировать конфликт между близкими людьми (чаще всего матери с отцом, если один обычно его защищает, а другой осуждает и наказывает); уйти от ответственности или неприятных занятий; вызвать жалость к себе и т. д.

### **1.3.5 Принуждение, насильственный привод ребенка к стоматологу**

Анализ данной причины проведен с использованием опыта заведующего кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПбИНСТОМ профессора В. В. Бойко, опубликованного в [2], а также комментариев детского невролога, д.п.н. А. И. Захарова [11].

Посещение стоматолога — ситуация неприятная, а родители, тем не менее, настаивают на лечении. Чем более категорично родители

настаивают на посещении стоматолога, чем чаще в их словах проскальзывают намеки на неприятность предстоящих процедур, чем дольше принимается решение пойти к стоматологу, тем отчетливее ребенок понимает, что на него воздействуют принуждением.

Когда мать приводит ребенка на лечение к стоматологу, он может расценивать это как предательство с ее стороны и заявлять об этом протестным поведением.

С рождения дети привыкают к тому, что мать — гарант безопасности, она оберегает от неприятностей, всегда приходит на помощь и помогает получить удовольствие. Ребенку трудно понять, почему мать вдруг занимает иную позицию и позволяет незнакомому человеку запускать руки ему в рот — интимную, жизненно важную зону — и даже причинять боль. Хуже того, она содействует насилию, когда держит его руки и голову или угрожает наказанием, грубо удерживая малыша в кресле, а иногда даже шлепает. Ребенок сопротивляется и надолго запечатлевает в своем сознании сочетание двух факторов: лечение у стоматолога и насилие со стороны близкого человека. Даже если мать, находясь в кабинете, сохраняет спокойствие, ему кажется, что она становится соучастником причиняемого ему вреда.

Протестное поведение обретает особую остроту, когда в возрасте трех четырех лет малыш стремится проявить свою самостоятельность. Вопреки желанию его приводят к стоматологу, и это вызывает двойную обиду на мать: она — «предатель» и к тому же подавляет потребность ребенка проявлять самостоятельность. Несогласие с «предательством» и «насилием» маленький ребенок выражает в форме протестного поведения, которое ошибочно интерпретируется как стоматофобия.

На самом же деле это форма выхода из внутреннего конфликта: «Я подвергаюсь насилию. Меня предает собственная мать. Я заливаюсь слезами от горя и несправедливости, но никто этого не понимает. Пожалейте меня!» Крик и плач малыша в кабинете стоматолога — прежде

всего средство воздействия на мать. Хотя логика у маленького ребенка в зачаточном состоянии, тем не менее, он способен сделать умозаключение: «Мне делают плохо, да еще и угрожают!» Обида вызывает новый прилив агрессии. В старшем возрасте дети способны выразить словами свою обиду на взрослых.

### **1.3.6 Желание ребенка наказать родителей**

Ребенок может на бессознательном уровне интерпретировать события так: родители — соучастники неприятности, когда то и в чем-то они поступили несправедливо, жестоко, насильно, и вот представился случай «наказать их». Ребенок закатывает истерику, сопротивляется врачу, понимая, что тем самым злит родителей, выводит их из терпения.

### **1.3.7 Употребление родителями или стоматологом необдуманных слов перед лечением или в процессе лечения**

Слова, фразы, предметы, наводящие мысль ребенка на что-то неприятное и опасное, являются триггерами. Триггер (от англ. «спусковой крючок») — слово, фраза, предмет окружающей среды — все, что ассоциируется с неприятными ощущениями или является их предвестником. Некоторые люди не обращают на это внимание или не способны к эмпатии, т. е. не могут почувствовать себя на месте другого.

Родители или врачи произносят фразы, содержащие ключевое слово «боль» или его варианты: «больно не будет, сиди спокойно», «это не больно», «будешь себя плохо вести – доктор больно сделает!», «чтобы не было больно, я помажу десны специальной мазью», «не бойся, больно не будет», «не бойся, больно будет недолго», «ничего страшного не будет, сейчас доктор сделает маленький укольчик» и т. п. Общаясь на приеме с сопровождающими лицами ребенка, доктор в присутствии ребенка произносит что-то, что может его насторожить или напугать, акцентирует внимание на дискомфортных обстоятельствах, например: «Надо под общим наркозом удалить четыре зуба», «лечение будет сложным и

длительным», «эти передние зубы придется удалить, девочка походит без зубов, пока что-нибудь не придумаем». Страх у маленького пациента за считанные секунды может значительно усилиться.

Иногда можно слышать от родителей: «Другого выхода нет. Это надо сделать». Осознание ребенком, что у него нет выбора, и никого не интересует его состояние, легко спровоцирует или усилит страх и приведет к негативному поведению. Только наличие какой-то альтернативы может снизить интенсивность напряжения.

Родители часто применяют для успокоения ребенка, как им кажется, веский аргумент «Ты уже взрослый! Ты же мужчина, возьми себя в руки! Не стыдно?» Ребенок, страдающий от панических атак, страдает также от чувства стыда и вины, хорошо осознает происходящую ситуацию и пытается ее самостоятельно контролировать, во избежание неприятных реакций организма, которые у него уже возникали ранее в подобной ситуации. Поэтому такие фразы не отвлекают ребенка от проблемы, а акцентируют его внимание и могут спровоцировать негативное поведение.

В авторитетной стоматологической практике, которая специализируется на пациентах с беспокойством, не только лечащий доктор, но и весь персонал практики, вся команда должна быть проинструктирована, все должны понимать личную сложную ситуацию пациента и быть его союзниками. В любом случае родителям необходимо знакомиться с правилами психологической подготовки ребенка к стоматологу, а врач-стоматолог должен владеть методиками предварительной модификации поведения маленького пациента. По мнению автора данной работы, именно такая стратегия гарантирует успех лечения, спокойствие и здоровье пациента. А употребление родителями или стоматологом необдуманных слов или действий перед лечением или в процессе лечения вызывает тревогу, боязнь и страх.



### **1.3.8 Ожидание и боязнь боли; реальная острая боль при гнойных воспалениях зуба; боль, испытываемая в процессе лечения зубов; низкий порог болевой чувствительности**

Благодаря существованию разных видов боли мы можем точно знать, где у нас болит, но не знаем, где локализуется в нашем теле страх от возможного причинения нам боли физической или душевной.

Авторы Коваленко Е.Ю., Волков В.А. в своем исследовании [12] отмечают, что 87 % опрошенных пациентов испытывают боль на приеме врача-стоматолога. Болевой импульс формируется при раздражении нервных окончаний пульпы зуба и передается по альвеолярным нервам в тройчатый узел. Нервные импульсы расшифровываются той областью коры, которую они возбуждают.

После того как боль воспринята на уровне коры головного мозга, для усиления активации вступают в действие подкорковые структуры. Это в особенности относится к лимбической структуре, которая создает мотивационное состояние, приводящее к реакции организма.

Боль служит информационным сигналом организму и представляет собой ощущение, от которого он старается избавиться. Желание избежать боли или устранить её – одна из самых важных мотиваций, являющаяся защитной реакцией организма.

Ребенок не способен выносить боль, ему не хватает воли и осознанных мотивов терпеть столь сильный дискомфорт [2].

Таким образом, негативные эмоциональные состояния, обусловленные болью в процессе лечения зубов в детском возрасте, являются мотиватором поведения, а память об этой боли и возникшем страхе укрепляется и сохраняется в течение всей жизни.

### **1.3.9 Волнительное ожидание стоматологических манипуляций**

Недавние исследования позволили обнаружить особенности возникающего страха в зависимости от того, является ли угроза

немедленной или только приближающейся. Во-первых, реакция на немедленную угрозу часто снимает болевые ощущения, в то время как беспокойство, вызванное приближающейся угрозой, усиливает боль. Во-вторых, разные угрозы вызывают разное поведение: немедленная угроза обычно вызывает действие (застывание в одной позе или бегство), позволяющее каким-то образом справиться с угрозой, в то время как беспокойство по поводу приближающейся угрозы приводит к повышению бдительности и напряжению мышц. В третьих, имеются исследования, указывающие на то, что немедленная угроза и приближающаяся угроза ассоциируются с активизацией разных областей головного мозга [36].

В качестве примера можно привести психологическую неготовность пациента к проведению необходимого экстренного лечения, которая часто завершается решением пациента о прерывании лечения.

### **1.3.10 Неправильное и неестественное поведение родителей перед посещением стоматолога, рассказы окружающих**

Согласно [28] 9 % людей подвержены генерализованным тревожным расстройствам. Такие люди склонны постоянно обо всем волноваться, пытаются представить все возможные негативные последствия любого события и придумать способы их предотвратить.

Когда тревожно-мнительные родители, с выраженным морализующим типом поведения, которому свойственна подозрительность и недоверие к врачу и медицинским процедурам, чрезмерно опекая своего ребенка, обозначают визит стоматолога, как большое событие, они акцентируют на этом его внимание и невольно приводят ребенка к состоянию повышенной тревожности перед действием стоматолога. Желая помочь ребенку справиться с ожиданием неизвестного, родители произносят, на первый взгляд, безобидные фразы, которые являются триггерами (см. п. 1.3.7). Не редкой является ситуация, когда родители запугивают детей врачом, уколами, стоматологическими манипуляциями, заставляя ребенка подчиниться. Зачастую можно слышать, как взрослые в

присутствии детей воспроизводят картинки и пережитые состояния на тему «как было больно у стоматолога», либо озвучивают свой негативный стоматологический опыт. Корчагина В.В. отмечает [14], что снижение реактивной тревожности родителей помогает ребенку успокоиться и позитивно реагировать на последующие стоматологические манипуляции.

Ребенок, по словам В.И. Гарбузова (1994), неразрывно связан со своими родителями, и на него распространяется личностная психологическая защита родителей. Высокая тревожность матери в отношении здоровья ребенка вызывает передачу ему своих страхов [31]. Как правило, именно неправильная тактика поведения родителей вырабатывает стойкий негативный условный рефлекс.

Корчагина В. В. демонстрирует ситуативное влияние эмоционального фона родителей на поведение ребенка в кабинете стоматолога. В своей работе [14] Корчагина В.В. приводит данные результатов тестирования родителей перед стоматологическим приемом детей, согласно которым было выявлено, что  $92,45 \pm 1,82 \%$  родителей, чьи дети ( $37,19 \pm 2,03 \%$ ) позитивно реагировали на последующее лечение, обнаруживали низкий или средний уровень ситуативной тревожности. Родители детей с негативным отношением к лечению в  $81,01 \pm 2,08 \%$  имели высокий уровень ситуативной тревожности.

А. И. Захаров [11] обращает внимание на такую особенность психологического развития ребенка, как желание детей быть похожими на родителей своего пола. Так, в возрасте четырех-восьми лет девочки хотят изображать маму, а мальчики пяти-восьми лет – отца, незаметно для себя усваивая их тревожно-боязливый способ поведения. Это так называемый «феномен ролевой идентификации». Автор данной работы считает, что существует высокая вероятность того, что дети копируют поведение того, кто с ними рядом, кто им нравится, кто является для них авторитетом и кому они доверяют. Самый первый эмоциональный опыт ребенок получает

именно в семье. Позднее на него влияют детский сад, контакты со сверстниками, педагоги в школе.

Анализ этой причины позволяет сделать вывод, что ребенок подвержен «психологическому заражению»:

1) ребенок копирует реакции окружающих, повторяет стереотипы эмоций, суждений и оценок происходящего, манеры поведения, нередко воспроизводит негативные образцы поведения других людей;

2) к тревожности ребенка может привести соответствующее воспитание;

3) отрицательные суждения о качестве стоматологического обслуживания, услышанные из внешних источников, способствуют развитию страха стоматолога.

### **1.3.11 Склонность родителей к беспокойству, неврозоподобным состояниям**

Согласно литературным данным, эмоциональные трудности и проблемы чаще встречаются у тех детей, родители которых характеризуются личностными нарушениями, склонностью к неврозоподобным состояниям, депрессии. Так, согласно данным [23, 31], определенную роль в этой связи может играть даже генетически передаваемый родителями биологический фактор повышенной ранимости.

Профессор Захаров А.И. предполагает, что склонность к беспокойству (тревожность), как и мнительность, имеет генетические предпосылки, когда, по крайней мере, один из родителей обладает подобными чертами характера. Связь тревожности детей и родителей отмечается уже у детей дошкольного и младшего школьного возрастов, а в подростковом возрасте генетическое влияние усиливается [11].

Американский психолог Пол Экмана установил факт генетической обусловленности выражения тех или иных эмоций, фиксируя выражения лиц у представителей разных народов, национальностей и культур. В своей

книге [36] он уделяет большое место психологическим механизмам вызова эмоциональных реакций и тому, каким образом они приводятся в действие.

Поэтому, выясняя, имеет ли место тревожность у родителей, мы предполагаем, что тревожность ребенка является следствием генетических связей и вероятной причиной негативного поведения ребенка на стоматологическом приеме.

### **1.3.12 Усталость ребенка**

По данным исследований [2], более 32 % врачей в качестве фактора, влияющего на поведение ребенка во время лечения, указывают его усталость. Причиной усталости чаще всего становится несвоевременный прием и длительный лечебный процесс. Киселёва Е.Г. в своей работе [12] выявила влияние фактора утомления и напряжения на поведение детей при лечении зубов при плановой санации. Проявления усталости различны: дети становятся вялыми, капризными, сонливыми, агрессивными.

### **1.3.13 Отсутствие предыдущего опыта посещения стоматолога**

Отсутствие опыта посещения врача-стоматолога при первом визите объясняет страх, возникающий перед неизвестностью. В такой ситуации негативное поведение является следствием боязни всего нового, которая свойственна многим детям. Авторы [6, 38] рекомендуют проводить знакомство со стоматологическим кабинетом с целью психологической адаптации пациентов.

### **1.3.14 Боязнь уколов**

Такой страх является выражением чувства «я» и проявлением инстинкта самосохранения [11]. При неврозе и то и другое болезненно заострено. Чувство собственного достоинства превращается в эгоцентризм, а инстинкт самосохранения в навязчивые страхи – фобии. Такой страх не позволяет провести анестезию, поэтому проводимое лечение может оказаться болезненным и привести к возникновению других страхов.

### **1.3.15 Негативный стоматологический опыт или пережитые ранее травмы, негативный опыт общения с врачами других специальностей**

Роберт Лихи в своем сборнике [19] приводит данные опросов людей, которые пережили травматический опыт. По результатам исследования такой опыт пережили от 40 % до 60 % людей, но лишь у 8 % развилось посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР). Это вид тревожного расстройства, которое предполагает страх, вызванный столкновением с серьезной угрозой или травмой. Людям с таким расстройством свойственны раздражительность, напряжение и чрезмерная настороженность [28].

Авторы [19, 28] свидетельствуют, что посттравматическое стрессовое расстройство возникает у меньшинства. К факторам, которые увеличивают вероятность его развития у человека относятся:

- личная история психологических проблем и психологические трудности в семье;
- неразвитые навыки решения проблем;
- химические особенности мозга,
- генетические предпосылки (в 35 % случаев риск развития ПТСР наследуется).

Риск развития увеличивается, если во время травматического события человек чувствовал себя «диссоциированным» (отделенным от других).

В процессе исследования, проведенного сотрудниками кафедры пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний Краснодарского государственного медицинского университета [13], выявлено, что 80 % пациентов, страдающих дентофобией, испытывали боль при лечении зубов в детском возрасте. Из них 27 % переносили операции на ЛОР-органах, при которых переживание стресса и боли происходило также в полости рта, со схожими инструментами в схожей обстановке.

Если первое посещение ребенком врача любой специализации было неприятным и болезненным (кто-то из медиков прописывал горькое лекарство, делал уколы, кто-то ограничивал свободу действий, порекомендовав постельный режим), то у него могут возникнуть травматические переживания. Неприятное запечатлелось в долговременной памяти и теперь переносится на стоматолога.

Негативный стоматологический опыт — это память о болевых ощущениях во время перенесенной зубной травмы. Дети воспринимают посещение врача, как продолжение своих мук. Страх, который был пережит ими в прошлом, может приводить к дентофобии, избеганию посещений стоматолога из-за всплывания в памяти болезненных манипуляций. Чем больше страхов, тем больше выражена тревожность, которая обуславливает негативное поведение ребенка на приеме. Ребенку приходится объяснять необходимость проведения стоматологических манипуляций, иначе привести его на лечение очень сложно.

### **1.3.16 Просмотр детьми масс-медиа**

Рассматривая данную причину, следует отметить коллективный архаический страх, который, несмотря на огромный прогресс стоматологии, все еще является сюжетом карикатур в юмористических журналах или в передачах по телевизору, негативное воздействие социальных сетей и интернета в целом, где часто размещены ужасные ролики о лечении зубов, отрицательные отзывы и комментарии «псевдоэкспертов», пугающие пациентов.

Доступность информации, которая не всегда является адекватной, достоверной и подверженной цензуре, негативно влияет на сознание ребенка, приводит к формированию тревожных состояний и негативному поведению на стоматологическом приеме.

### **1.3.17 Воображение ребенка и мнительность**

Ребенок знакомится с огромным и пугающим миром взрослых, который таит в себе множество противоречий и опасностей. В то же время у него развивается воображение и появляются выдуманные, порожденные фантазией, страхи. Ребенку часто кажется то, чего нет. Он становится мнительным и прокручивает одни и те же мысли по нескольку раз. Поведение ребенка приобретает черты нерешительности и беспокойства. Выражена крайняя подозрительность к процедурам и требование к себе особого внимания. [11].

Еще римский философ Сенека в 4 веке до н.э. сказал: «Вымышленное тревожит сильнее. Действительное имеет свою меру, а о том, что доходит неведомо откуда, пугливая душа вольна строить догадки».

### **1.3.18 Появление в поле пациента без предупреждения предметов, звуков, запахов, вкусовых ощущений, вызывающих дискомфорт, тревогу или страх**

Предметы, звуки или запахи, манипуляции врача-стоматолога, ассоциативно наводящие мысль ребенка на что-то неприятное и опасное, являются стоматологическими стрессорами [26].

В анализе окружающего мира ребенка задействованы различные органы чувств. Возникающие ассоциации, которые ребенок интерпретирует, как небезопасные, являются мотиваторами негативного поведения. Так, ребенок часто не способен переносить вид и запах крови, неприятные вкусовые ощущения при серебрении и покрытии зубов фторлаком, его может испугать слюноотсос, ультрафиолетовая полимеризационная лампа, наконечник для профессиональной гигиены и очищения фиссур, направленная струя воды или воздуха, острый медицинский инструмент. Шприц ассоциируется с уколом. Ватные валики могут вызвать дискомфорт в полости рта. Шум работающих моторов,



которые приводят в действие стоматологические приборы, а также специфический звук бормашины вызывают понимание неизбежности начинающегося неприятного процесса лечения и могут спровоцировать повышенную двигательную активность пациента. Звуки истерик других пациентов (детей) в ходе продолжительного ожидания под кабинетом индуцируют страх, а специфический запах в кабинете стоматолога подкрепляет возникающие негативные эмоции.

### **1.3.19 Лабильность детских эмоций**

Согласно свидетельствам Захарова А.И. [11], у импульсивных детей наблюдается неустойчивость эмоций, внезапные, произвольные изменения поведения, что отражает подсознательный, произвольный характер происходящих при неврозе болезненных изменений.

Наши эмоции и чувства являются тонким индикатором, мотиватором поведения, указывающим на степень полезности раздражителя для жизнедеятельности. Различные формы отношения человека к воспринимаемому располагаются между полюсами приятного и неприятного [12].

Психолог Леонард Берковиц утверждал, что неприятные события могут вызывать либо гнев, либо страх в зависимости от ситуационных факторов раньше, чем проявятся результаты научения и врожденные склонности. [36].

У маленьких пациентов дискомфорт на стоматологическом приеме обычно вызывает аффективные, преувеличенные эмоциональные реакции в знак сопротивления (плач, агрессию, крик, усиленные телодвижения). Таким способом малыш выпускает негативную психическую энергетику. Он поступает вполне адекватно: давая выход мощной отрицательной психической энергии, спасает психику от перегрузок. Особую сложность представляют пациенты в возрасте от 2 до 5 лет, поскольку в этом возрасте дети еще не в состоянии контролировать свои эмоции и действия, они слабо доступны контакту и не могут в полной мере рассказать о своих

переживаниях и страхах. Им характерна лабильность эмоций [31], которая является одной из причин возникающих негативных эмоциональных состояний.

### **1.3.20 Беспомощность пациента в определенном положении**

Определенное положение пациента в стоматологическом кресле, при котором необходимо длительно удерживать рот открытым, ограничивает возможность контроля хода лечения и разговора с врачом во время процедуры. В таком положении часто возникает чувство беспомощности, которое может негативно повлиять на поведение пациента. Отсутствие у пациента медицинских знаний, достаточных для глубокого понимания стоматологической проблемы и путей её решения, необходимости проведения стоматологических манипуляций, часто болезненных и неприятных, приводит к усилению тревожности и негативным реакциям организма.

Нежелание лечиться у стоматолога может быть частью защитного механизма в поведении многих подростков вследствие отрицания роли старших и сопротивления родителям, учителям, врачам, которые пытаются ограничить их свободу и подчинить определенному порядку. Дефицит внутренних психических ресурсов проявляется в отрицании порядка, авторитетов, моральных норм, требований дисциплины.

А.И. Захаров [11] отмечает, что наличие у детей таких особенностей, как эмоциональная чувствительность, ранимость, тонкость восприятия не являются определяющими факторами риска возникновения невроза. Однако, чаще всего заболевают неврозом дети с повышенной эмоциональной чувствительностью, которая не является болезненной. Опасность возникает лишь там, где свойственная этим детям впечатлительность сталкивается с нечувствительностью взрослых, их неуважением к особенностям личности ребенка, стремлением покомандовать, непоследовательностью требований. Вот тогда присущая

ребенку эмоциональная чувствительность может заостриться, стать болезненной. А это – уже начало невроза.

### **1.3.21 Инстинкт самосохранения**

Негативное поведение ребенка на стоматологическом приеме можно объяснить инстинктом самосохранения, который проявляется в любом возрасте.

Врачи и родители пытаются объяснить необходимость лечения, обещают его безболезненность, упрощают, угрожают, однако никакие апелляции к разуму не действуют. Часто можно слышать от родителей фразу: «Иди, иди, тебе там делать ничего не будут!». Побеждает автоматически действующий инстинкт. Если ожидания предвещают неприятное, если ощущения доставляют неудобства, то возникают защитные реакции. Не всякий взрослый способен превозмочь себя, делать что-то «через не хочу» и внушать себе «это не страшно», «надо потерпеть». Маленький ребенок тем более не способен на такие самоограничения. Когда дети становятся старше, их контроль собственной безопасности с уровня инстинкта постепенно и все больше переходит на уровень интеллекта. К сожалению, разуму нередко мешают проявляющиеся личностные качества индивида и отсутствие должного опыта.

Большинству подростков сила воли помогает преодолевать дискомфорт в кресле стоматолога. Самосознание подростка уже исключает такие «старые» механизмы защиты, как капризы, плач и агрессия, а новые, действующие с включением сознательности, находятся в зачаточном состоянии. Инстинкт срабатывает «напрямую», а разум — опосредованно, т. е. с участием характера, воли, эмоций, чувств и имеющихся знаний. Если человек упрям, импульсивен, плохо отслеживает причинно-следственные связи явлений, самоуверен, склонен к риску, мало знает, то оценка безопасности окружающей среды дает сбой и человек своим поведением способен вредить себе.

Таким образом, автор дипломной работы выделил в ходе проведенного обзора литературы 21 причину негативного поведения ребенка на стоматологическом приеме, что позволяет сделать вывод о том, что такое поведение ребенка может быть обусловлено не только тревогой, боязнью или страхом перед предстоящим лечением, а целым комплексом социальных, психологических и медико-биологических факторов.

## **ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

### **2.1 Сущность применяемых методов**

Развитие многих стоматологических заболеваний начинается в раннем детском возрасте, однако страх перед стоматологическим вмешательством у детей и родителей часто не позволяет стоматологу выполнить необходимые манипуляции в полости рта маленького пациента и приводит к усугублению проблем со здоровьем в дальнейшей жизни. По данным Фалько Е.Н. [31], каждый второй ребёнок в России в возрасте от 2 до 9 лет испытывает страх стоматологического вмешательства. Он выявляется у (33 – 67) % населения земного шара и имеет высокое место в перечне человеческих страхов [8]. Стоматологи свидетельствуют, что сегодня им чаще приходится работать с «особыми» типами детей, с такими как: агрессивный, гиперактивный, тревожный, аутичный. При этом выявление психологических особенностей этих пациентов вызывает определенные трудности у врачей-стоматологов. Авторы [32] указывают на отсутствие идеального метода оценки функционального состояния пациента перед стоматологическим приемом.

Тем не менее, такие методы существуют и помогают оценить эмоциональное состояние ребенка, выявить личностные особенности пациента, составить его индивидуальный психологический портрет, предупредить врача-стоматолога о возможности возникновения у пациента негативного поведения. Данная информация позволяет врачу сделать правильный выбор методов управления поведением ребенка, чтобы сформировать у него позитивное отношение к стоматологическому лечению и предупредить развитие стоматофобии.

Современный американский психолог Пол Экман в своей книге [36] ставит вопросы о том, какая информация призвана помочь специалистам,

ведущим стоматологический прием, предупредить нежелательные реакции и поступки маленьких детей. Что играет решающую роль в управлении поведением? Что читается по лицам и определяет качество нашей жизни? Что лежит в основе эффективного общения? Что мы испытываем с самого раннего детства? Автор книги [36] дает на них ответ – эмоции.

Авторы Коваленко Е.Ю., Волков В.А. в своем исследовании [12] отмечают, что физиологическая роль эмоций в жизнедеятельности организма исключительно велика. Наши эмоции являются тонким индикатором, указывающим на степень полезности раздражителя для жизнедеятельности и, как следствие, мотиватором поведения. Эмоции участвуют в подготовке организма к той или иной деятельности. В формировании эмоциональной деятельности принимают участие такие структуры, как гиппокамп, зрительные бугры, гипоталамус, ретикулярная формация, лимбическая система. Все эти образования располагаются вокруг свода мозга, соединяющего большие полушария с передним концом мозгового ствола. Указанные структуры обозначают как круг Папеца. Коллектором всех эмоциональных реакций у человека является поясная извилина, находящаяся над сводом мозга. От поясной извилины эмоциональные импульсы распространяются в различные зоны коры, что и обеспечивает богатство и пластичность эмоциональных реакций человека [21].

Пол Экман подчеркивает, что эмоции могут быть явные, скрытые, контролируемые и нет. Умение распознавать (дифференцировать) по едва заметным изменениям выражения лица пациента его эмоциональные переживания позволит врачу-стоматологу своевременно оценить ситуацию и предупредить негативное поведение. Игнорирование врачом диагностики эмоционального состояния пациента может привести к возникновению неотложных состояний на стоматологическом приеме и усложнить решение задачи по преодолению боязни страха лечения зубов.

В книге [36] собраны многочисленные фотографии лиц для тренинга и тесты на распознавание эмоций.

В психодиагностике принято различать методики по степени их формализованности. По этому признаку выделяют две большие группы методов: малоформализованные и высокоформализованные. К первой относятся наблюдения, беседы, анализ деятельности. Эти приемы позволяют фиксировать некоторые внешние поведенческие реакции испытуемых в разных условиях, а также эмоции, переживания, чувства, некоторые личностные особенности. Использование малоформализованных методов требует высокой квалификации диагноста, поскольку зачастую отсутствуют стандарты проведения обследования и интерпретации результатов. Специалист должен опираться на свои знания психологии человека, практический опыт, интуицию. Проведение подобных обследований часто представляет собой длительный и трудоемкий процесс. Учитывая эти особенности малоформализованных методик, желательно применять их в комплексе с методиками высокоформализованными, позволяющими получать результаты, в меньшей степени зависящие от личности самого экспериментатора. Из всех существующих методик на сегодняшний день наиболее распространенными являются тесты — достаточно краткие испытания, позволяющие в ограниченный период времени получить характеристики индивидуально-психологических особенностей человека по определенным параметрам [22]. В тестах используется непрямой способ обращения к личностным особенностям испытуемых, который препятствует действию психологических защитных механизмов вербальной системы сознания, способных исказить картину внутреннего мира.

В данном разделе дипломной работы автор выполнил обзор наиболее признанных психодиагностических методик, используемых в работе врача-стоматолога при тестировании пациентов.

В инструкции по адаптации детей с разными уровнями тревоги к стоматологическим вмешательствам [29] приведен целый ряд методов психологического тестирования: метод динамической оценки функционального состояния и черт личности с помощью теста Люшера; оценки стоматологической тревожности по шкале Кораха (DAS); метод оценки вегетативных реакций проявления тревоги с использованием шкалы Спилберга-Ханина. Авторы инструкции [29] Терехова Т.Н., Леонович О.М. устанавливают критерии оценки уровня тревоги ребенка по результатам комплексного психологического тестирования с использованием различных тестов и сопоставляют результат с критериями поведенческой шкалы Франкла, а также определяют степень риска развития стоматофобии у детей в зависимости от уровня тревоги их родителей.

### **2.1.1 Поведенческая шкала Франкла (объективная оценка тревожности)**

Оценочная шкала делит поведение ребенка на стоматологическом приеме на четыре категории:

- 1) «абсолютно негативное», когда ребенок отказывается от лечения, плачет, полон страха;
- 2) «негативное», когда ребенок с неохотой принимает лечение, имеются некоторые признаки негативизма, но не столь явно выраженные;
- 3) «позитивное», когда ребенок выполняет требования врача-стоматолога, он принимает лечение, но с настороженностью;
- 4) «абсолютно позитивное», когда ребенок проявляет интерес к проводимым процедурам, смеется, радуется, отмечается хороший контакт с врачом-стоматологом.

### **2.1.2 Цветовой тест Люшера**

Тест основан на экспериментально установленной зависимости между неосознанным предпочтением человеком определенных цветов (оттенков) и его текущим психологическим состоянием. Этот тест



позволяет определить личностные особенности человека в конкретной ситуации и измерить его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности. Результаты теста являются индикатором степени эмоциональной напряженности, которая может привести к появлению физиологических симптомов [29].

### **2.1.3 Оценка стоматологической тревожности по шкале Кораха**

Оценка проводится по четырем ответам пациента. Результат представляет собой субъективную оценку тревожности.

### **2.1.4 Опросник Спилберга-Ханина**

Опросник адаптирован для оценки ситуативной и личностной тревожности родителей. Оценка ситуативной тревожности проводится по 20 ответам на вопрос «Как Вы себя чувствуете в данный момент?». Оценка личностной тревожности проводится по 20 ответам на вопрос «Как Вы себя чувствуете обычно?»

### **2.1.5 Рисуночные методики оценки психоэмоционального состояния**

Информативными считаются рисуночные методики оценки психоэмоционального состояния детей [26]. Шломина А.М., Махмудова А.Г. опубликовали результаты проведенного исследования по оценке уровня дентофобии у детей с помощью ключевых сегментов теста-раскраски «У стоматолога» [35]. Авторы исследования считают, что эти тесты просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандашей и бумаги.

В тесте оценивается количество использованных цветов и преобладающий цвет, выход за границы раскрашиваемых объектов, направление штриховки объектов раскраски, равномерность линий штриховки и их яркости, преобладание горизонтальных или вертикальных штрихов, демонстративность ребенка и заинтересованность к проводимым процедурам стоматолога посредством дорисовывания в раскраске дополнительных деталей (шприц, инструменты, повязка, пуговицы, карманы и т.д.), любознательность (прорисовка широко открытых глаз),

кокетливость, склонность демонстрировать себя (хорошо прорисованные глаза и реснички).

Психоаналитики уже с середины прошлого столетия используют проективную методику исследования личности, в которой рисунок дерева выступает в качестве психометрического инструмента. В графическом тесте «Дерево» обследуемому предлагают нарисовать три любых дерева, за исключением хвойных. Интерпретация результатов осуществляется с позиций психоанализа на основе символического значения, приписываемого тем или иным деталям изображения, всему рисунку. Выделяют ряд особенностей рисунка (размеры и пропорции, размещение на листе бумаги), свидетельствующих о нарушениях в развитии (статистически достоверны различия между здоровыми детьми и страдающими органическими поражениями нервной системы) [22]. Пример использования в детской стоматологии теста «Дерево» с интерпретацией результатов изложен в работе Васяниной А.А. (2008) [5].

По выводам Васяниной А.А., особенности психологического состояния, выявленные по тесту Люшера и «Дерево», раскрывают содержание переживаний детей при лечении зубов и дают обоснование для применения разных форм подготовки к стоматологическим манипуляциям: психотерапевтической – при признаках эмоциональной и поведенческой зрелости, медикаментозной – при доминировании незрелых эмоций и несформированных волевых качествах.

### **2.1.6 Тест Сонди или тест восьми влечений**

Эксперимент состоит в том, что человек должен выбрать из группы портретов наиболее симпатичные и наименее приятные лица мужчин и женщин. Каждый портрет отражает в наиболее заостренном виде проявление одной из основных восьми базисных человеческих влечений. Каждое из них в зависимости от формализованных показателей выявляет ту или иную патологию или проблему обследуемой личности.

Интерпретация результатов теста базируется на теории бессознательного и психоанализе Зигмунда Фрейда. Согласно теории Леопольда Сонди (1947), у каждого конкретного человека в течение жизни на почве унаследованных генотипических свойств проявляется обусловленный ими выбор в отношении тех лиц, которые близки его собственному личностному стилю или шаблону поведения (паттерну).

### **2.1.7 Методика «Паровозик»**

В качестве используемого материала белый паровозик и 8 разноцветных вагончиков, беспорядочно размещенных на белом фоне. Ребенок должен построить поезд, удерживая все вагончики в поле зрения и распределяя их по убыванию: от самого красивого. Фиксируются: позиция цвета вагончиков и высказывания ребенка. Методика представляет собой комбинацию теста Сонди и теста Люшера, адаптирована для детей с 2,5 лет [7].

Методика "Паровозик" направлена на определение степени позитивного и негативного психического состояния, позволяет определить особенности эмоционального состояния ребёнка: нормальное или пониженное настроение, состояния тревоги, страха, удовлетворительную или низкую адаптацию в новой или привычной, социальной среде.

### **2.1.8 Анкета-опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» по И.М. Марковской**

Анкета по И.М.Марковской [20] направлена на выявление эмоционального отношения родителя к ребенку, особенности воспитательской позиции родителя, анализа внутрисемейного микроклимата. В качестве оснований для шкал опросника используются параметры, выделяемые в ряде исследований по данной проблеме: автономия-контроль; отвержение-принятие; требовательность; степень эмоциональной близости; строгость; непоследовательность-последовательность; сотрудничество; согласие; авторитетность;

удовлетворенность. Взрослый и детский варианты опросника включают по 60 вопросов и имеют аналогичную структуру.

Пример использования в детской стоматологии анкетирования по Марковской представлен в работе Фалько Е.Н. (2015) [31].

### **2.1.9 Метод видео-компьютерной психодиагностики и психокоррекции по А.Н. Ануашвили**

К сожалению, диагностика личностных особенностей пациентов на практике усложняется дефицитом времени, отпущенным на стоматологический прием, и недостаточностью специальной психологической или психотерапевтической подготовки врачей-стоматологов, в том числе необходимой для интерпретации результатов тестирования.

Метод видео-компьютерной психодиагностики по А.Н. Ануашвили [1] позволяет за 5 минут провести психоанализ пациента. Этот метод основан на определении функциональной асимметрии двух полушарий головного мозга путем анализа асимметрии изображения лица человека, которое вводится в компьютер с помощью видеокамеры. Компьютер определяет психологическое состояние человека по результатам оценки его фазового портрета (измеряется величина и разность углов черт лица на левой и правой стороне лица). Доминирование одного из полушарий головного мозга, соответствующее разности амплитуд колебательных процессов в правом и левом полушариях и степень согласованности (когерентности) этих колебательных процессов между собой являются определяющими характеристиками при установлении психологического состояния человека. Компьютер выдает психологическую характеристику, прогноз поведения пациента в экстремальной ситуации, восприятие времени, психологическую совместимость, вероятность психосоматических расстройств и рекомендации по гармонизации личности.

Так, Кручинин В.Ю. в своей статье [15], сообщает о результатах применения метода видео-компьютерной психодиагностики по А.Н. Ануашвили для определения изменения психоэмоционального статуса пациентов под влиянием ортопедического лечения. Психоэмоциональный статус пациентов изучался одновременно по разработанной анкете до и после стоматологической реабилитации. По данным видео-компьютерной диагностики психоэмоционального статуса пациентов после стоматологического лечения выявлено статистически достоверное увеличение стабильности психических процессов. Отмечено повышение стабильности функциональной связи между полушариями мозга в среднем на 20 %. В то же время, В. Ю. Кручинин отмечает, что анкетирование пациентов после стоматологического лечения продемонстрировало отсутствие значимых отличий данного параметра от значений, полученных у пациентов до проведенного им стоматологического лечения. Исследователи сделали вывод о *недостоверности данных анкетирования* вследствие влияния различных факторов на состояние пациентов (общее впечатление от проведенного лечения, наличие или отсутствие проблем в жизни и общее внутреннее состояние) и, соответственно, на описываемые ими ответы.

Автор представленной дипломной работы полагает, что данные видео-компьютерной диагностики позволили бы объективно и быстро устанавливать психологическое состояние пациента на момент обращения за стоматологической помощью и выявлять возможные нестабильные эмоциональные состояния ребенка с целью оптимизации непосредственно процесса лечения.

Кроме того, метод, разработанный Ануашвили А.Н. [1] является уникальным методом психологической самокоррекции человека. Если человеку образно представить состояние двух полушарий головного мозга с помощью формирования двух новых лиц путем соединения двух правых и двух левых половин его лица, то одновременное созерцание этих образов

приводит к синхронизации работы полушарий. Установлено, что на этих портретах проявляются скрытые, подсознательные чувства, которые могут сильно отличаться друг от друга. Если человек смотрит на эти свои два портрета, то он начинает осознавать свои подсознательные чувства. Ануашвили А.Н. [1] утверждает, что в результате такой биологической обратной связи, эмоции на двух портретах становятся положительными и выравниваются, при этом происходит стабилизация психических процессов и выравнивание интуитивных и логических способностей человека.

Обзор применяемых методов позволяет сделать следующий вывод: для определения психических состояний у пациентов существует целый ряд психологических тестов с хорошо разработанной системой оценки. Каждый стоматолог вправе выбрать себе из множества существующих наиболее подходящий для его мировоззрения способ психодиагностики пациента. Преимущество рисуночных и цветовых тестов для детского возраста очевидно. Оно заключается в том, что они лишены культурно-этнических основ и не провоцируют реакций защитного характера. Цветовая диагностика позволяет учитывать возрастные особенности детской психики, носит игровой и занимательный характер. Использование невербальных процедур позволяет цветовому тесту выявить не только осознаваемые, но и неосознанные реакции и состояния.

Предварительное психологическое тестирование позволяет заблаговременно выявить детей, страдающих страхом стоматологического вмешательства и определить степень их страха, оценить способность ребенка адекватно реагировать на лечение, выбрать правильную тактику адаптации пациента к предстоящим манипуляциям, установить с ним психологический контакт и предупредить его негативное поведение.

Автор данной работы планирует опробовать и освоить собранные идеи, подходы и методы в рамках дальнейшей профессиональной деятельности.

## **2.2 Использование методов диагностики в практической стоматологии**

Представляет интерес совместная работа психолога со стоматологами в ортодонтическом проекте Ольги Барановой [33], реализованного в Семейном стоматологическом центре «Диал-Дент», г. Москва.

Штатный психолог проводил подготовку психодиагностического заключения пациента для врача ортодонта по результатам клинико-психологического метода (психодиагностическая беседа, наблюдение, биографический метод), а также экспериментально-психологического метода (стандартизированные методы исследования личности и проективные методики). Оценивалась мотивация пациента на лечение (эстетическая и опасения по поводу здоровья). В ходе исследования первичную психодиагностику прошли 67 пациентов. Среди них 54 женщины, средний возраст которых составил 26 лет, и 13 мужчин, средний возраст 21 год.

Все пациенты были разделены по группам здоровья от 1 до 4:

- к первой группе относились пациенты с адекватным отношением к ситуации, без зависимостей и с высоким уровнем нервно-психической устойчивости (группа составила 1,50 %);
- во вторую группу вошли пациенты со средним уровнем нервно-психической устойчивости (группа составила 70,1 %);
- к третьей группе относились пациенты с низким уровнем нервно-психической устойчивости (группа составила 22,40 %);
- в четвертую группу вошли пациенты с низким уровнем адаптации, нервно-психически неустойчивые, с высокой вероятностью развития осложнений в ходе лечения (группа составила 6 %).

Для определения группы здоровья применялись следующие методики:

- 1) тест Люшера для оценки эмоционального состояния;

- 2) тест Сонди в качестве проективной методики изучения личности;
- 3) SF-36 для оценки качества жизни (социальное функционирование определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение));
- 4) опросник «Тобол» для изучения типа отношения пациента к болезни;
- 5) опросник Спилбергера-Ханина для изучения личностной и ситуативной тревожности;
- 6) многоуровневый личностный опросник для изучения свойств личности.

При исследовании психологической диагностики типа отношения к болезни использовалась методика «ТОБОЛ», предназначенная для диагностики типов реагирования на болезнь. Установлено, что «гармоничный» тип встречался в большинстве случаев (25,6 %), а «тревожный» (7,7 %) выявлялся лишь у представителей 3 и 4 групп здоровья.

Пациентам первой и второй группы психолог рекомендовал лечение с благоприятным прогнозом. Для пациентов третьей группы прогноз лечения благоприятный только после проведения психокоррекционных мероприятий. Лица с четвёртой группой здоровья не могли сформулировать свою мотивацию на лечение. Пациентам четвертой группы было крайне не рекомендовано начинать лечение даже после психокоррекционных мероприятий, поскольку отсутствие мотивации на лечение являлось прогностически неблагоприятным признаком.

По мнению авторов исследования [33] психолог в частной стоматологической клинике необходим, чтобы отфильтровать проблемных пациентов, тип личности которых не даст возможности провести дорогостоящее, сложное, комплексное стоматологическое лечение. А поскольку в рамках частной стоматологической клиники нет задачи провести коррекцию мировосприятия или реагирования человека, а



необходимо “сохранить доброе имя клиники и нервы персонала, предупредить судебные иски и возвраты средств пациентам”, то авторы [33] *считают*, что “возможно, этим группам пациентов *необходимо отказать в стоматологическом лечении*”.

Выводы специалистов клиники свидетельствуют о несостоятельности взаимоотношений в системе врач – пациент и подтверждают актуальность существующей проблемы управления пациентами с негативным поведением.

Если моделировать подобные группы здоровья среди детей, то можно предположить, что пациенты третьей группы будут иметь низкий уровень сотрудничества с врачом, а у пациентов с 4 группой здоровья будет выраженное негативное поведение. Так, по результатам проведенного исследования [33], совместно пациенты 3-ей и 4-ой групп составили 26,4 % всех пациентов. Очевидно, что эти пациенты еще вчера были детьми и не получили адекватной стоматологической помощи ни в государственных клиниках, ни в частных. Поэтому автор дипломной работы считает, что важное значение в формировании мотивации к лечению имеет профессиональная компетентность врача-стоматолога в вопросах психопрофилактики и психокоррекции страха у детей, а также его способность управлять поведением ребенка и взрослого, приведшего маленького пациента на стоматологический прием. Краткий обзор применяемых методов немедикаментозного управления поведением ребенка рассматривается в следующем разделе.

### **2.3 Методы немедикаментозного управления поведением ребенка на стоматологическом приеме**

Поскольку дети демонстрируют широкий спектр физического, интеллектуального, эмоционального и социального развития и разнообразие отношений и темперамент, важно, чтобы стоматологи имели широкий диапазон методов управления поведением для удовлетворения

потребностей индивидуального ребенка и были терпимыми и гибкими в своих осуществлениях.

Профессор Бойко В.В. [3] рекомендует в максимальной степени использовать методы психологического воздействия, которые позволяют снижать или полностью блокировать ощущение боли; применять премедикацию строго по показаниям и с учетом того, что психологические методы не дали ожидаемого эффекта и только после того, как использованы возможности психологического воздействия на ребенка.

Поскольку клинический опыт у автора дипломной работы отсутствует, в этом разделе представлен краткий литературный обзор наиболее употребляемых немедикаментозных методов. К ним относят общение и модификацию поведения через воспитание и обучение.

Авторы [27, 30] отмечают важность мультисенсорного общения с ребенком на стоматологическом приеме. Оно подразумевает: приятный облик врача, отсутствие резких пугающих звуков, дружественную обстановку, зрительный контакт с ребенком, доступный язык общения, использование принципа «рассказываю – показываю – делаю» [38], физиологическое отвлечение ребенка на восприятие предметов и явлений, которые служат для него положительным раздражителем (похвала, подарки). Авторы [14, 30, 38] также рекомендуют договариваться с ребенком об условных знаках в дискомфортных ситуациях для пациента.

Эффективными методами считаются аудиоанальгезия, игровая психотерапия, юмор, гипноз, релаксация, арт-терапия. Так, в атмосфере символической игры дети могут выражать свои тревоги и страхи. В качестве примера приводится вовлечение малыша в «борьбу» с «микробами-монстрами». Фалько Е.Н. (2015) в своем научном исследовании [31] свидетельствует об эффективности применения на детском стоматологическом приеме психокоррекционного метода игроуклотерапии.

Богданова [26] является автором способа поэтапного использования рисуночной-терапии с элементами направленной игровой коррекции для формирования доверительного контакта между врачом и ребенком. При осмотре в стоматологическом кресле ребенок получает задания по раскрашиванию и рисованию для определения ситуативной и личностной тревожности. Определенные стрессоры и манипуляции, связанные с ними, демонстрируются ребенку, их действия объясняются и проигрываются вместе с ним на специальных игрушках-заместителях, помогающих рефлексии страха и предупреждающих появление негативной реакции и стимулируют формирование необходимого позитивного стереотипа реагирования. Заканчивают терапию арт-терапевтическим сеансом, заключающимся в создании нового рисунка или дорисовке уже начатого рисунка с параллельной положительной оценкой поведения ребенка и вручением ему подарка в качестве поощрения.

Дон Кэмпбелл в своей книге [16] приводит многочисленные примеры использования музыки в лечении. Например, в кабинете стоматолога звуки бормашины вызывают резонанс в челюстях, а спокойная музыка, воздействуя на слуховой анализатор, пробуждает подсознательную область пациента, маскирует и вытесняет нежелательные звуки и ощущения. Очаг возбуждения, который формируется в коре головного мозга под влиянием благоприятных стимулов на слуховой анализатор, по закону отрицательной индукции вызывает разлитое торможение в других отделах головного мозга. Так происходит «торможение возбуждением» эмоционально-эффективных центров. По словам Тереховой Т.Н., Ковальчук Н.В. [30], на фоне аудиоанальгезии проявления стресса и тревоги во время лечения менее выражены.

Одна из задач адаптационного периода — помочь ребенку как можно быстрее и безболезненнее освоиться в новой ситуации, почувствовать себя увереннее, хозяином ситуации. А уверенным малыш будет, если узнает и

поймет, кто и что его окружает. Авторы [25] отмечают, что для формирования чувства уверенности в окружающем ребенку необходимо:

- знакомство с врачом, медперсоналом и кабинетом в игровой форме;
- установление доверительных отношений.

Авторы рекомендуют соблюдать 3 правила:

- добровольность участия в игре;
- взрослый является непосредственным участником игры и совмещает две роли — участника и организатора;
- применяемый наглядный материал нельзя превращать в обычный, всегда доступный.

Американская академия детской стоматологии American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) приводит в руководстве [38] комплексный современный подход к немедикаментозному управлению поведением ребенка на стоматологическом приеме.

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1 Организация исследования, материалы, метод

План исследования:

- 1) Разработать анкету, пригодную для определения уровня тревожности стоматологических пациентов в возрасте 11 лет и старше;
- 2) Разработать опросник для детей и их родителей, совместно обращающихся к стоматологу, пригодный для установления личностных особенностей анкетированных, типа их отношения к стоматологической помощи, уровня эмоционального напряжения (тревожности) перед стоматологическим приёмом, связи тревожности детей и их родителей, для выявления источников (предпосылок) негативного поведения детей на стоматологическом приеме;
- 3) Установить среди опрошенных среднестатистический процент детей, которые потенциально нуждаются в коррекции поведения во время лечения зубов вследствие установленного у них статуса тревожности перед стоматологическим приемом. Сопоставить результат с данными А.А. Васяниной (2008);
- 4) Провести анкетирование;
- 5) Систематизировать полученные данные;
- 6) Выявить наиболее информативные вопросы в анкетах посредством метода последовательного статистического анализа с применением табличного процессора Microsoft Excel для ввода и обработки данных;
- 7) Изложить результаты исследования в дипломе и представить исходный и окончательный вариант анкет (опросников) в приложении к диплому.

С целью реализации поставленных задач в ходе работы над дипломным проектом автором были составлены следующие анкеты:

1. Насколько велик мой страх перед стоматологом;

## 2. Тест-опрос для ребенка и родителей «Стоматология в Вашей семье».

При составлении **первой анкеты** «Насколько велик мой страх перед стоматологом» для определения уровня эмоционального напряжения (страха, тревожности) пациента перед стоматологическим приёмом использован опыт немецкого стоматологического общества лечения пациентов с фобическими расстройствами [39]. Преимуществом данного теста является возможность самостоятельной оценки пациентом уровня своего страха, поскольку в качестве критерия оценки служит балльная шкала, принятая по Йохрену:

- анкетированные, набравшие менее 17 баллов не являются тревожными пациентами;
- анкетированные с количеством баллов от 17 до 30 имеют низкий уровень страха (тревожности);
- анкетированные с количеством баллов от 31 до 38 имеют средний уровень страха (тревожности);
- анкетированные с количеством баллов более 38 являются тревожными, имеют высокий уровень страха.

Анкетирование проводилось анонимно среди учащихся Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Средняя общеобразовательная школа № 430 Петродворцовского района г. Санкт-Петербурга. Выборка составила 100 человек в возрасте от 14 до 17 лет.

Результаты исследования, проведенного с применением анкеты для определения уровня тревожности, приведены на рис. 1. Выявлены основные причины страхов перед стоматологом, которые являются также источниками негативного поведения детей на стоматологическом приеме. Результаты представлены на рис. 2.

В данной выборке опрошенных среднестатистический процент детей, которые потенциально нуждаются в коррекции поведения во время

лечения зубов вследствие установленного у них статуса тревожности перед стоматологическим приемом составляет 58 %.



Рис.1 Диаграмма распределения пациентов по уровню тревожности



Рис.2 Диаграмма распределения основных причин страхов у стоматологических пациентов

Рассмотрим задачу отбора наиболее информативных признаков согласно [9], глава 4. «Отнесение наблюдений к одному из двух возможных классов (диагностика и прогнозирование)». Авторы [9] отмечают, что целесообразно различать предварительный и окончательный отбор признаков по информативности.

Используем терминологию, принятую в [9]: вопрос в анкете – признак, варианты ответов – градации признака. Для решения задачи используем метод, предложенный в [9].

Окончательный отбор признаков проводится после вычисления информативности по Кульбаку предварительно отобранных признаков. Вопрос о пороге информативности для окончательного отбора остается нерешенным. Мы считаем минимальной информативностью для включения признака в диагностическую таблицу  $I(x_i)=0,5$ .

### Метод

Для вычисления информативности признака будем использовать следующую последовательность шагов [9]:

1) разбить анкеты на две группы: пациенты с высоким и средним уровнем страха (тревожности) А (группа А, количество пациентов  $n_A$ ) и пациенты с низким уровнем страха (тревожности) В (группа В, количество пациентов  $n_B$ );

2) вычислить вероятности, обнаруженные у пациента  $i$ -й градации  $j$ -признака для каждой пациента по всем градациям признаков в группах А и В. Эти вероятности обозначаются  $P(x_j^i/A)$  и  $P(x_j^i/B)$  и вычисляются по формулам:

$$P(x_j^i/A) = n_j^i/n_A \quad (1),$$

$$P(x_j^i/B) = n_j^i/n_B \quad (2),$$

где  $n_j^i$  – количество пациентов со значением  $i$  признака  $j$  в соответствующей группе (частоты);



3) вычислить диагностические коэффициенты DK для каждой градации каждого признака по формуле:

$$DK(x_j^i) = 10 * \lg(P(x_j^i/A)/P(x_j^i/B)) \quad (3);$$

4) вычислить информативность I градации i признака j по формуле Кульбака:

$$I(x_j^i) = DK(x_j^i) * 0,5 * (P(x_j^i/A) - P(x_j^i/B)) \quad (4);$$

5) определить информативность всего признака  $x_j$  как сумму информативностей его градаций;

6) расположить признаки в порядке убывания информативности;

7) исключить признаки с информативностью, которая меньше 0,5.

### **Результаты эксперимента**

Страх признан основополагающей причиной негативного поведения пациента на стоматологическом приеме, а уровень страха (тревожности) является критерием риска возникновения такого поведения.

По результатам анкетирования 100 детей в возрасте от 14 до 17 лет с целью выявления потенциально тревожных пациентов с негативным поведением, анкетизируемые были распределены по группам в соответствии с уровнем тревожности. Пациенты с суммой баллов выше 31 попали в группу А - с высоким (1 ребенок) и средним (11 детей) уровнем страха (тревожности). Количество пациентов в группе А составило 12.

В группу В вошли остальные пациенты с низким уровнем страха (46 пациентов) и отсутствием страха (42 пациента). Количество пациентов в группе В составило 88.

Оценка информативности признака по анкете «Насколько велик мой страх перед стоматологом» представлена в диагностической таблице 1, которая является Приложением 3 к дипломной работе.

Из колонки «Частота встречаемости градации в группе (количество людей группы, которые ответили на один признак одинаково)» видно, что не все градации признака встречаются в ответах». Если ответы в градации отсутствуют, то частота равна нулю.

Вывод по шагу 7.

В результате математико-статистического отбора оказались неинформативными следующие признаки:

1. Были ли у вас плохие переживания со стоматологом в детстве?

Информативность признака составила 0,14509;

2. Вам когда-нибудь приходилось прекращать (прерывать) лечение?

Информативность признака составила 0,00022.

Следует исключить из анкеты предварительно отобранные признаки 1 и 2.

Все остальные признаки считаются информативными и могут быть рекомендованы для индивидуальной оценки уровня страха (тревожности) пациента перед стоматологическим приемом. Таким образом, в анкете из 17 предварительно отобранных вопросов останется 15. Окончательный образец анкеты представлен в Приложении 1 к дипломной работе. По мнению автора дипломной работы анкета является пригодной для диагностики уровня страха (тревожности) у стоматологических пациентов старше 11 лет.

**Вторая анкета** была подготовлена для проведения совместного опроса ребенка и родителя. Тест-опрос «Стоматология в Вашей семье» представлен в Приложении 2 к диплому.

При составлении этих тестов внимание уделялось прогностическим признакам вероятных причин негативного поведения ребенка на стоматологическом приеме, проявляющимся вследствие тесного взаимодействия ребенка с родителями. Тесты предназначены для выявления некоторых связей между признаками и причинами. Опрос родителей направлен на выяснение внутрисемейного микроклимата, а также на выявление следующих факторов:

- высокая тревожность в отношении ребенка,
- наличие у родителей собственного высокого уровня страха перед стоматологом;

- факт приобретенного ими или их ребенком негативного стоматологического опыта,
- наличие соматических заболеваний у ребенка или ранее перенесенных им травм.

Целью опроса являлась проверка установленных зависимостей между тревожностью родителей и признаками страха перед стоматологом у ребенка, рассмотренных в главе 1 настоящей работы.

Анкетирование проводилось в СПб ГБУЗ «ГДСП» № 6. Автор принимал непосредственное участие в анонимном анкетировании 40 детей и их родителей с использованием разработанного тест-опроса «Стоматология в Вашей семье». Первоначально для детей было подготовлено 9 вопросов, а для родителей 22. Вопрос о возрасте пациента в статистической обработке не участвовал. Под анкетирование попали дети от 6 до 13 лет. Все вопросы перечислены в Приложении 4 к дипломной работе.

Автором самостоятельно проанализированы полученные результаты, выявлены признаки вероятных причин негативного поведения, которые обусловлены взаимодействием ребенка со своими родителями. Ответы разделены на две группы. В группу А вошли пациенты с высоким риском возникновения негативного поведения, в группу В – пациенты с низким риском возникновения негативного поведения. 19 маленьких пациентов из 40 обладали определенным уровнем тревожности, т.е. имели риск проявления негативного поведения

Отбор наиболее информативных признаков проводился аналогично с использованием метода, предложенного Гублером [9]. Как и при решении предыдущей задачи, минимальной информативностью для включения признака в диагностическую таблицу считался коэффициент  $I(x_j)=0,5$ . Вывод по шагу 7. В результате математико-статистического отбора оказались неинформативными следующие признаки в анкете «Стоматология в Вашей семье»:

Д5 Рассказывали ли тебе про неприятные ощущения на приеме у врача-стоматолога?  $I(x_j)=0,02$ .

Д6 Ты знаешь, как правильно чистить зубы?  $I(x_j)=0,07$ .

Д7 Кто научил тебя чистить зубы?  $I(x_j)=0,00$ .

Д9 Ты предпочитаешь лечить зубы с анестезией?  $I(x_j)=0,01$ .

Р1 Укажите Ваш пол;  $I(x_j)=0,04$ .

Р2 Сколько в Вашей семье детей?  $I(x_j)=0,07$ .

Р4 Какой пол ребенка, которого Вы привели на прием?  $I(x_j)=0,33$

Р5 Полная ли у Вас семья?  $I(x_j)=0,01$ .

Р7 Пугает ли Вас поход к врачу-стоматологу?  $I(x_j)=0,04$ .

Р11 Вознаграждаете ли Вы своего ребенка после похода к врачу-стоматологу?  $I(x_j)=0,07$ .

Р12 Проводите ли вы психологическую подготовку Вашему ребенку/детям, перед лечением у врача-стоматолога?  $I(x_j)=0,14$ .

Р14 Как часто Вы посещаете врача-стоматолога?  $I(x_j)=0,24$ .

Р15 Как часто Вы приводите Вашего ребенка/детей к стоматологу?  $I(x_j)=0,18$ .

Р16 Вы считаете, что умеете правильно чистить зубы?  $I(x_j)=0,12$ .

Р17 Вы сами учили ребенка чистить зубы?  $I(x_j)=0,00$ .

Р18 Ваш ребенок/дети использует мобильные приложения, которые подсказывают им, как правильно чистить зубы?  $I(x_j)=0,11$ .

Все остальные признаки считаются информативными. Предварительно отобранные признаки с информативностью менее 0,5 были исключены из опросника. Таким образом, из 30 предварительно отобранных вопросов для совместного опроса детей и родителей осталось 14. Окончательный образец анкеты представлен в Приложении 2 к дипломной работе.

Если суммировать количество пациентов, анкетизируемых в первом и втором случаях, то их получится 140. При этом количество детей с установленным уровнем страха (тревожности) и потенциально высоким риском возникновения негативного поведения на стоматологическом приеме составляет 77 человек или 55 %. По данным Васяниной (2008) [5], в коррекции поведения во время лечения зубов нуждались 86 % младших школьников. Даже при сравнении двух групп пациентов разных возрастных категорий можно сделать вывод об актуальности темы настоящей дипломной работы

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У каждого человека существует свой уровень личностной тревожности, который отражает предрасположенность субъекта к восприятию ряда ситуаций как угрожающие. Инстинкт самосохранения человека отвечает на подобные ситуации определенными реакциями. Тревога, переживаемая как ощущение, порождается наследственностью и средой, и поддается измерениям. Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, поскольку это свойство во многом обуславливает поведение субъекта.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Страх лечения зубов на приеме у врача стоматолога – это эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях ожидания угрозы, связанных с реальной или мнимой опасностью.

Вовремя замеченные детские страхи и фобии хорошо поддаются лечению и коррекции. В результате человек вырастает здоровым. Несомненно, если уделить внимание работе с фобиями этой возрастной категории, то общий процент пациентов, страдающих дентофобией, значительно уменьшится.

Целью современного стоматолога, помимо улучшения здоровья ротовой полости, должно быть формирование у маленького пациента положительного отношения к стоматологии в целом. А лечение детей, в идеале, предполагает установление психологического контакта не только с малышом, но и с его родителями.

Предварительное психологическое тестирование стоматологических пациентов и их родителей при совместном обращении позволяет не только выявить пациентов, страдающих страхом стоматологического вмешательства, но и установить скрытые внутренние психологические факторы, которые обуславливают определенное поведение и особенности

человека. Результаты такого тестирования помогают врачу при выборе тактики адаптации пациента к предстоящим манипуляциям и при установлении психологического контакта.

## ВЫВОДЫ

В ходе проведенного исследования и выполненного анализа литературы автор дипломной работы выделил 21 причину негативного поведения детей на стоматологическом приеме. В работе рассмотрены признаки негативного поведения, психофизиологические особенности ребенка, типы поведения родителя, приведшего маленького пациента на стоматологический прием, а также установлены причинно-следственные связи, обуславливающие поведение ребенка на стоматологическом приеме.

С целью выбора наиболее приемлемого метода оценки психологического состояния ребенка, а также методов психокоррекции стоматологического пациента, рассмотрена сущность наиболее признанных психодиагностических методик, используемых в работе врача-стоматолога. Выполнен обзор методов немедикаментозного управления поведением ребенка на стоматологическом приеме, применение которых позволяет формировать позитивное отношение ребенка к стоматологическому вмешательству.

Автором дипломной работы были составлены анкеты для установления уровня страха (тревожности) пациента перед стоматологическим приемом, а также для выявления источников (предпосылок) негативного поведения детей на стоматологическом приеме. Проведен опрос детей разных возрастных групп и их родителей, совместно обращающихся за стоматологической помощью. Определены личностные особенности анкетированных, тип их отношения к стоматологической помощи, уровень эмоционального напряжения (тревожности) перед стоматологическим приёмом, связь тревожности детей и их родителей. Среди опрошенных детей установлен среднестатистический процент потенциально нуждающихся в коррекции поведения во время лечения зубов вследствие установленного у них статуса тревожности перед стоматологическим приемом. Результат сопоставлен с данными А. А. Васяниной (2008) [5].



Для выявления наиболее информативных признаков (вопросов) в первоначальных вариантах анкет автор использовал вычислительный метод распознавания, в основе которого лежит метод последовательного статистического анализа [9]. Для определения значимых признаков и их количественной оценки применялась последовательная диагностическая процедура с использованием компьютерной обработки данных. Для ввода и обработки полученных данных был использован табличный процессор Microsoft Excel. В результате были получены диагностические коэффициенты для градаций исследуемых признаков. Признаки были упорядочены в соответствии с их информативностью, данные сведены в диагностическую таблицу по убыванию результатов статистических оценок. В итоговые варианты анкет были отобраны наиболее клинически значимые признаки.

Подготовленные анкеты могут быть использованы для прогнозирования и предупреждения нежелательных реакции детей и, соответственно, повышения эффективности оказания стоматологической помощи детям.

В настоящее время автором дипломной работы подана заявка в НОУ ДПО Санкт-Петербургского Института Стоматологии последипломного образования (СПБИНСТОМ) для участия в тренинге «Психология в работе детского стоматолога», с целью углубления определенных психологических знаний, необходимых для работы с «трудными» детьми и установления контактов с родителями.

Автором данной работы предложено создание на сайте Стоматологической Ассоциации России (СтАР) <http://www.e-stomatology.ru/star/> координационного центра по работе с тревожными пациентами, работа которого будет направлена на эффективное лечение дентофобии у детей, и выработку надлежащих подходов к решению сопутствующих проблем.

## Список литературы

1. **Ануашвили, А. Н.** Основы психологии [Текст] / А. Н. Ануашвили. – Варшава, Москва: Издат. Международный институт управления, психологии и психотерапии. – 2002 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://kuldoshina.ru/wp-content/uploads/2011/03/Ануашвили-А.Н.-Основы-объективной-психологии.pdf>
2. **Бойко, В. В.** Аксиомы поведения ребенка у стоматолога [Текст] / В. В. Бойко [Электронный ресурс] // Сайт DentalMagazine. – Режим доступа: <https://dentalmagazine.ru/for-business/aksiomy-povedeniya-rebenka-u-stomatologa.html>
3. **Бойко, В. В.** Психология и менеджмент в стоматологии [Текст]: в 6 т. / Том VI: Врач – ребенок – родитель. – СПб. 2012. – 480 с.
4. **Ваганов, П. Д.** Периоды детского возраста [Текст] / П. Д. Ваганов // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2005. - № 28. – С. 3 - 16.
5. **Васянина, А. А.** Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям [Текст]: автореф. канд. мед. наук: 14.00.21 – стоматология, 19 00 04 – медицинская психология / Васянина Анна Анатольевна. – СПб., 2008. – 18 с. [Электронный ресурс] // Сайт Медицинские Диссертации. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/medicina/lechenie-zubov-u-detey-s-negativnym-otnosheniem-k-stomatologicheskim-manipulyatsiyam#ixzz551RnpvVG>
6. **Велбери, Р. Ричард.** Детская стоматология: руководство [Текст] / Ричард Р. Велбери, Монти С. Даггал, М.-Т. Хози; Пер. с англ.; Под ред. Л. П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 456 с., 350 ил.
7. **Велиева, С. В.** Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста [Текст]: Учебно-методическое пособие. – СПб: Речь, 2007. – 240 с.

8. **Власова, Д. С.** Стоматophobia как социальная проблема: факторы формирования и возможности профилактики [Текст]: автореф. канд. мед. наук: 14.02.05 - Социология медицины / Власова Дарья Сергеевна. – Волгоград., 2012. – 20 с. [Электронный ресурс] // Сайт Медицинские Диссертации. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/medicina/stomatofobiya-kak-sotsialnaya-problema>
9. **Гублер, Е. В.** Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях [Текст] / Е. В. Гублер, А. А. Генкин. – Ленинград: Медицина, 1973. – 141 с.
10. **Дубровина, Т. В.** Психологический аспект в стоматологическом лечении пациентов [Текст] // [Электронный ресурс] // Сайт Коммерческого отдела ИПСТ. – Режим доступа: [http://www.kvipst.com.ua/articles/specialists/psasv\\_stomatologicheskomelechenii-patcientov.html](http://www.kvipst.com.ua/articles/specialists/psasv_stomatologicheskomelechenii-patcientov.html)
11. **Захаров, А. И.** Неврозы у детей [Текст]. – СПб: Дельта, 1996. – 480 с.
12. **Киселева, Е. Г.** Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения стоматологических заболеваний [Текст]: автореф. д. мед. наук: 14.00.21 - Социология медицины / Елена Генриховна Киселева. – Москва., 2006. – 44 с. [Электронный ресурс] // Сайт Медицинские Диссертации. – Режим доступа: <http://medical-diss.com/medicina/formirovanie-dolgosrochnyh-vzaimootnosheniy-stomatologov-s-detmi-i-roditelyami-dlya-profilaktiki-i-lecheniya-stomatologic>
13. **Коваленко, Е. Ю.** Патогенез дентофобии [Текст] / Е. Ю. Коваленко, В. А. Волков // Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – № 1-2. – С.75 – 77.
14. **Корчагина, В. В.** Роль психологической адаптации в достижении стоматологического здоровья детей раннего возраста [Текст] / В. В. Корчагина // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2007. - № 3. - С.65-71.

- 15. Кручинин, В. Ю.** Изменение психо-эмоционального состояния пациентов на фоне стоматологического лечения [Текст] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 7. – С. 50 – 52. [Электронный ресурс] // Сайт [WWW.STOMPORT.RU](http://WWW.STOMPORT.RU). – Режим доступа: [http://www.stomport.ru/articlepro\\_show\\_id\\_527](http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_527)
- 16. Кэмпбелл, Д. Дж.** Эффект Моцарта [Текст] / Пер. с англ. Л.М. Щукин; – Мн.: ООО «Попурри», 1999. – 320 с. – (Серия «Здоровье в любом возрасте»)
- 17. Ларенцова, Л. И.** Оценка боязни и страха на стоматологическом приеме [Текст] // [Электронный ресурс] // Сайт частного стоматолога Profzub. – Режим доступа: <http://profzub.ru/ocenka-boyazni-straha-lecheniya-zubov/>
- 18. Ларенцова, Л. И.** Поведение пациента на приеме стоматолога [Текст] // [Электронный ресурс] // Сайт частного стоматолога Profzub. – Режим доступа: <http://profzub.ru/povedenie-pacienta-na-prieme-stomatologa/>
- 19. Лихи, Роберт.** Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой [Текст] / Роберт Лихи.– СПб.: Питер, 2018. – 368 с.:ил. – (Серия «Сам себе психолог»)
- 20. Марковская, И. М.** Тренинг взаимодействия родителей с детьми [Текст]. СПб.: ООО Издательство «Речь», 2000.–150 с. [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://www.miu.by/kaf\\_new/mpp/112.pdf](http://www.miu.by/kaf_new/mpp/112.pdf)
- 21. Менделевич, В. Д.** Клиническая и медицинская психология [Текст]: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – 432 с.
- 22. Основы психологии** [Текст]: Практикум / Ред. – сост. Л. Д. Столяренко. – Изд-е 7-е. –Ростов н/Д: Феникс, 2006. –704 с. – (Высшее образование)., с. 454
- 23. Прихожан, А. М.** Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [Текст] / А. М. Прихожан. – Воронеж: Издат. НПО Людек, 2000. – 303 с.

- 24. Райт, Дж. З.** Управление поведением детей на стоматологическом приеме [Текст] / Джеральд З. Райт, Пол Э. Старки, Дональд Э. Гарднер; Пер. с англ.; Под общ. ред. Т. В. Попруженко, Т. Н. Тереховой. – М.: МЕДпрессФинформ, 2008. – 304 с.: ил. [Электронный ресурс] // Режим доступа:[http://www.03book.ru/upload/iblock/1ec/283\\_Upravlenie\\_povedeniem\\_detej\\_stomatologicheskom\\_priemesRajtm.pdf](http://www.03book.ru/upload/iblock/1ec/283_Upravlenie_povedeniem_detej_stomatologicheskom_priemesRajtm.pdf)
- 25. Ральф, Е. Мак-Дональд.** Стоматология детей и подростков [Текст] / Пер.с англ.; Под ред.Ральфа Е.Мак-Дональда, Дейвида Р.Эйвери; - М.: Медицинское информационное агентство, 2003, 766 с.:ил.
- 26.** Способ психологической адаптации детей к стоматологическому лечению: пат.2452525 Российская Федерация / Т. Н. Богданова (RU); патентообладатель Богданова Татьяна Николаевна" (RU) / Режим доступа: <http://www.findpatent.ru/patent/245/2452525.html> © FindPatent.ru - патентный поиск, 2012-2018
- 27.** Справочник по детской стоматологии / под ред. А. Камерона, Р. Уидмера; пер. с англ. под ред. Т. Ф. Виноградовой, Н. В. Гинали, О. З. Топольницкого. – 2-е изд., испр. и перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 392 с.: ил.
- 28. Стоссел, Скотт.** Век тревожности. Страхи, надежды, неврозы и поиски душевного покоя [Текст] / Скотт Стоссел; Пер.с англ. – М.:Альпина нон-фикшн, 2016. – 464 с.
- 29. Терехова, Т. Н.** Методы профилактики стоматофобии и адаптации детей с разными уровнями тревоги к стоматологическим вмешательствам [Текст]: Инструкция по применению / Т. Н. Терехова, О. М. Леонович // МЗ РБ. – № 090-0913. – 2013. –14 с.
- 30. Терехова, Т. Н.** Профессиональное общение на детском стоматологическом приеме [Текст] / Т. Н. Терехова [и др.] // Современная стоматология. –2014.-№ 2 – С. 61 – 63
- 31. Фалько, Е. Н.** Психологическая подготовка ребёнка на приёме у детского врача-стоматолога [Текст]: автореф. канд. мед. наук: 14.01.14 –

Стоматология (мед.науки) / Фалько Евгения Николаевна. – М., 2015. – 26 с.  
[Электронный ресурс] // Сайт Медицинские Диссертации. – Режим  
доступа: [http://medical-diss.com/medicina/psihologicheskaya-podgotovka-](http://medical-diss.com/medicina/psihologicheskaya-podgotovka-rebyonka-na-priyome-u-detskogo-vracha-stomatologa#ixzz57gf5Cec8)

[rebyonka-na-priyome-u-detskogo-vracha-stomatologa#ixzz57gf5Cec8](http://medical-diss.com/medicina/psihologicheskaya-podgotovka-rebyonka-na-priyome-u-detskogo-vracha-stomatologa#ixzz57gf5Cec8)

**32. Фоменко, И. В.** Анализ уровня тревожности детей на амбулаторном хирургическом приёме [Текст] / И. В. Фоменко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5 [Электронный ресурс] // Сайт Российской академии естествознания. – Режим доступа: URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27060>

**33. Цукор, С. В.** Связь стоматологии и психологии. Чем психолог может помочь стоматологу? [Текст] / С. В. Цукор [и др.] // DentalMarket № 5. – 2012. – с. 61-65. [Электронный ресурс] // Сайт Ортодонт-Проект Ольги Барановой. – Режим доступа: [https://www.o-baranova.ru/content/articles/27/svyz\\_stomatologii\\_i\\_psihologii](https://www.o-baranova.ru/content/articles/27/svyz_stomatologii_i_psihologii)

**34. Чаплиева, Е. М.** Роль вегетативного статуса в формировании прогностического стоматологического настроения пациентов [Текст] / Е. М. Чаплиева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-1. – С. 186 – 189. [Электронный ресурс] // Сайт [WWW.STOMPORT.RU](http://WWW.STOMPORT.RU). — Режим доступа: [http://www.stomport.ru/articlepro\\_show\\_id\\_566](http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_566)

**35. Шломина, А. М.** Определение уровня дентофобии у детей дошкольного возраста по результатам анализа рисуночных тестов [Текст] / А. М. Шломина, А. Г. Махмудова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 3, Issue 3, 2013, PP. 753 – 753. [Электронный ресурс] // Сайт ООО Научная электронная библиотека. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18821004>

**36. Экман, Пол.** Психология эмоций [Текст]. 2-е изд. / Пер. с англ. В. Кузин – СПб.: Питер, 2017. – 240 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»)

**37. Coyne, JC.** Relationship of distress to mood disturbance in primary care and psychiatric populations [Текст] / JC. Coyne, TL. Schwenk // Journal of

Consulting and Clinical Psychology. – 1997. –No.65. – PP.167 – 168.  
[Электронный ресурс] // Сайт Всемирной Организации Здравоохранения. –  
Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>

**38. Goleman, J.** Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient [Текст] / J. Goleman // *Pediatr Dent.* – 2014. – V 37 / NO 6 15 / 16. - American Academy of Pediatric Dentistry, P.180 – 193. Сайт Американской академии детской стоматологии. – Режим доступа: [www.aapd.org](http://www.aapd.org).

**39. Phobieselbsttest** [Текст] // [Электронный ресурс] // Сайт Deutsche Gesellschaft für Zahnbehandlungs-Phobie® (Немецкого стоматологического общества лечения пациентов с фобическими расстройствами). – Режим доступа: <http://www.dgzp.de/phobietest.php?lang=dgzp>].

**АНКЕТА. Насколько велик мой страх перед стоматологом**

1. Вам стыдно за зубы?

Да ☐ Нет ☐

2. Насколько Вы боитесь стоматологической боли?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен (взволнован, озабочен) ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

3. Является ли чистка (гигиена) зубов у стоматолога для Вас неприятной?

Да ☐ Нет ☐

4. Я чувствую себя беспомощным в кресле стоматолога?

Да ☐ Нет ☐

5. Представьте, что завтра Вы должны идти на прием к стоматологу. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен (взволнован, озабочен) ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

6. Представьте, что Вы сидите в приемной, ожидая вызова. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен (взволнован, озабочен) ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

7. Представьте, что вы вошли в кабинет врача-стоматолога и почувствовали типичный запах. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен (взволнован, озабочен) ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐



8. Представьте, что Вы лежите на зубном кресле, и стоматолог входит в комнату. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен (взволнован, озабочен) ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

9. Представьте, что Вы вместе с доктором смотрите на рентгеновский снимок и обсуждаете возможное лечение. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

10. Как вы себя чувствуете, когда стоматолог Вам говорит, что зубной камень вот-вот будет удален?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

11. Стоматолог говорит вам, что у вас есть кариес и что он хочет лечить его сейчас. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

12. Представьте себе, что стоматолог меняет положение кресла и подготавливает инъекцию. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

13. Представьте себе, Вы слышите типичный звук бормашины. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

14. Представьте себе, что стоматолог объявляет Вам, что кариес слишком глубокий, и зуб нужно будет удалить. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

15. Представьте себе, что зуб должен быть удален, шприц уже установлен. Стоматолог поднимает скальпель. Как Вы себя чувствуете при этом?

- я расслаблен ☐
- я обеспокоен, взволнован, озабочен ☐
- я напряжен ☐
- я напуган ☐
- я чувствую себя больным от страха ☐

Укажите, пожалуйста, свой возраст\_\_\_\_\_.

**Ваша информация будет строго конфиденциальной и будет использоваться только для улучшения качества Вашей жизни и научных исследований**

### **СПАСИБО ЗА ЗАПОЛНЕННУЮ АНКЕТУ**

**Чтобы выяснить, являетесь ли Вы тревожным пациентом, Вы можете самостоятельно оценить результаты выполненного теста, суммируя баллы Ваших ответов:**

- Я расслаблен (мне не страшно) - **1 балл;**
- Я обеспокоен, взволнован, озабочен (мне немного страшно) - **2 балла;**
- Я напряжен (мне достаточно страшно) – **3 балла;**
- Я напуган (мне очень страшно) – **4 балла;**
- Я чувствую себя больным от страха (мне чрезвычайно тревожно) – **5 баллов.**

**Оценка:** Если Вы достигаете 38 или более баллов, вы серьезно боитесь стоматологического лечения.

**Тест-опрос для ребенка и родителей. Стоматология в Вашей семье**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РЕБЕНКА:**

**Д1.** Испортится ли твое настроение, если тебе предстоит поход к стоматологу?

- ☐ Да
- ☐ Нет

**Д2.** Боишься ли ты похода к врачу-стоматологу?

- ☐ Да
- ☐ Нет

**Д3.** Если у тебя заболит зуб, ты сразу расскажешь об этом родителям?

- ☐ Да
- ☐ Нет

**Д4.** С чем у тебя ассоциируется поход к врачу-стоматологу:

- ☐ обычный поход к врачу
- ☐ неприятные воспоминания
- ☐ волнение, чувство беспокойства
- ☐ страх боли
- ☐ страх неизвестности
- ☐ мне подарят за это подарок
- ☐ поход в кафе или кино после приема

**Д5.** Выбери смайлик, который ассоциируется у тебя с проведением анестезии (радость, норма, печаль)



## ВОПРОСЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ:

Укажите, пожалуйста, сколько полных лет Вашему ребенку, которого Вы привели на прием к врачу-стоматологу?

---

**P1.** Был ли у Вас негативный опыт лечения у врача-стоматолога в детстве?

- ☐ Да > Рассказывали ли Вы об этом своему ребенку? –да –нет
- ☐ Нет

**P2.** Употребляете ли Вы следующие (или подобные) фразы при походе к врачу-стоматологу:

- «Будешь себя плохо вести – доктор больно сделает!»;
  - «Не будешь слушаться – тебе щеку просверлят!»;
  - «Прекрати! А не то пойдем к зубному!»;
  - «Больно не будет, сиди спокойно»;
  - «Не бойся, больно не будет»/«Не бойся, больно будет не долго»;
  - «Ничего страшно не будет, сейчас доктор сделает маленький укольчик...»;
  - «Иди, иди, тебе там делать ничего не будут».
- ☐ Нет
- ☐ Да

**P3.** С чем у Вас ассоциируется поход к врачу-стоматологу?

- ☐ Обычный поход к врачу;
- ☐ Ситуационная тревожность (белые халаты, яркий свет, стоматологическое кресло и инструменты, специфический запах, крики других пациентов);
- ☐ Боль при проведении анестезии;
- ☐ Чувство стыда за состояние полости рта
- ☐ Страх боли, повреждения, беспомощности, угрозы, потери контроля;
- ☐ Необъяснимое внутреннее беспокойство
- ☐ Финансовые затраты

**P4.** Появляются ли у Вас перед приемом стоматолога или во время лечения какие-либо из следующих симптомов (повышенная потливость, головокружение, тошнота, диарея, сердцебиение, повышение артериального давления, одышка, мышечное напряжение, дрожь)?

- ☐ Да
- ☐ Нет

**P5.** Вы сразу обращаетесь в медицинское учреждение, если испытываете боли различного происхождения (не только стоматологические)?

- ☐ Да
- ☐ Нет

**P6.** Вы считаете, Ваш ребенок/дети испытывает страх перед посещением врача-стоматолога?

- ☐ Да
- ☐ Нет

**P7.** Вы помните первый визит Вашего ребенка/детей к врачу-стоматологу?

- ☐ Все прошло спокойно, ребенок дал себя осмотреть и полечить.
- ☐ Все прошло тревожно, ребенок плакал и капризничал, врачу с трудом удалось уговорить ребенка открыть рот.
- ☐ Не помню/не знаю.

**P8.** Как себя ведет Ваш ребенок во время приема?

- ☐ Спокойно, поддается лечению;
- ☐ Волнуется, но можно договориться;
- ☐ Негативно относится к лечению;
- ☐ Затрудняюсь ответить;

**P9.** Имеет ли Ваш ребенок какое-либо соматическое (телесное) заболевание: сердце, сосуды, дыхательная система, печень, почки, ЖКТ, травмы, ожоги, ранения, наследственные генетические или инфекционные заболевания, паразитарные инвазии, эндокринные заболевания, другое?

- ☐ Да (нужное подчеркнуть);
- ☐ Нет;
- ☐ Не знаю, надеюсь, что нет

СПАСИБО ЗА ЗАПОЛНЕННУЮ АНКЕТУ!

**Таблица 1** – Диагностическая таблица оценки информативности признака по анкете

«Насколько велик мой страх перед стоматологом»

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемос- ти градации в группе В	Диагности- ческий коэф- фициент для градации	Информа- тивность градации для обеих групп	Инфор- матив- ность признака
1	4	<b>Вы боитесь стоматологической боли?</b>					<b>10,4</b>
		1) нет	0	83	-11	4,5	
		2) да	12	5	12	5,9	
2	10	<b>Представьте, что Вы лежите на зубном кресле, и стоматолог входит в комнату. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>6,5</b>
		1) я расслаблен	1	67	-10	3,3	
		2) я обеспокоен (взволнован, озабочен)	3	12	3	0,2	
		3) я напряжен	3	8	4	0,3	
		4) я напуган	4	1	15	2,4	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	0	9	0,3	
3	12	<b>Как вы себя чувствуете, когда стоматолог Вам говорит, что зубной камень вот-вот будет удален?</b>					<b>5,6</b>
		1) я расслаблен	1	64	-9	3,0	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	3	17	1	0,0	
		3) я напряжен	5	6	8	1,4	
		4) я напуган	2	1	12	0,9	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	0	9	0,3	

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемос- ти градации в группе В	Диагности- ческий коэф- фициент для градации	Информа- тивность градации для обеих групп	Инфор- матив- ность признака
4	13	<b>Стоматолог говорит вам, что у вас есть кариес и что он хочет лечить его сейчас. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>5,0</b>
		1) я расслаблен	0	50	-8	2,0	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	1	22	-5	0,4	
		3) я напряжен	6	9	7	1,4	
		4) я напуган	3	5	6	0,6	
		5) я чувствую себя больным от страха	2	2	9	0,6	
5	8	<b>Представьте, что Вы сидите в приемной, ожидая вызова. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>4,8</b>
		1) я расслаблен	1	60	-9	2,7	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	4	19	2	0,1	
		3) я напряжен	4	7	6	0,8	
		4) я напуган	3	2	10	1,2	
		5) я чувствую себя больным от страха	0	0	0	0,0	
6	15	<b>Представьте себе, Вы слышите типичный звук бормашины. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>4,8</b>
		1) я расслаблен	0	52	-9	2,2	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	2	22	-2	0,1	
		3) я напряжен	5	8	7	1,1	
		4) я напуган	4	5	8	1,1	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	1	9	0,3	

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемос- ти градации в группе В	Диагности- ческий коэф- фициент для градации	Информа- тивность градации для обеих групп	Инфор- матив- ность признака
7	14	<b>Представьте себе, что стоматолог меняет положение кресла и подготавливает инъекцию. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>4,4</b>
		1) я расслаблен	0	47	-8	1,8	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	2	20	-1	0,0	
		3) я напряжен	4	18	2	0,1	
		4) я напуган	3	3	9	0,9	
		5) я чувствую себя больным от страха	3	0	13	1,6	
8	9	<b>Представьте, что вы вошли в кабинет врача-стоматолога и почувствовали типичный запах. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>4,4</b>
		1) я расслаблен	3	63	-5	1,1	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	0	15	-3	0,1	
		3) я напряжен	3	7	5	0,4	
		4) я напуган	5	2	13	2,5	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	1	9	0,3	
9	7	<b>Представьте, что завтра Вы должны идти на прием к стоматологу. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>3,8</b>
		1) я расслаблен	2	61	-6	1,7	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	3	17	1	0,0	
		3) я напряжен	6	7	8	1,7	
		4) я напуган	0	3	4	0,1	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	0	9	0,3	



### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемос- ти градации в группе В	Диагности- ческий коэф- фициент для градации	Информа- тивность градации для обеих групп	Инфор- матив- ность признака
10	17	<b>Представьте себе, что зуб должен быть удален, шприц уже установлен. Стоматолог поднимает скальпель. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>3,3</b>
		1) я расслаблен	0	33	-7	1,0	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	0	23	-5	0,4	
		3) я напряжен	5	20	3	0,2	
		4) я напуган	5	11	5	0,8	
		5) я чувствую себя больным от страха	2	1	12	0,9	
11	11	<b>Представьте, что Вы вместе с доктором смотрите на рентгеновский снимок и обсуждаете возможное лечение. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>2,8</b>
		1) я расслаблен	3	64	-5	1,1	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	4	20	2	0,1	
		3) я напряжен	4	4	9	1,3	
		4) я напуган	0	0	9	0,3	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	0	0	0,0	
12	16	<b>Представьте себе, что стоматолог объявляет Вам, что кариес слишком глубокий, и зуб нужно будет удалить. Как Вы себя чувствуете при этом?</b>					<b>2,4</b>
		1) я расслаблен	0	22	-5	0,4	
		2) я обеспокоен, взволнован, озабочен	0	29	-6	0,7	
		3) я напряжен	6	12	6	1,0	
		4) я напуган	5	22	2	0,2	
		5) я чувствую себя больным от страха	1	3	4	0,1	

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемос- ти градации в группе В	Диагности- ческий коэф- фициент для градации	Информа- тивность градации для обеих групп	Инфор- матив- ность признака
13	3	<b>Вам стыдно за зубы?</b>					<b>0,9</b>
		1) да	6	17	4	0,6	
		2) нет	6	71	-2	0,3	
14	6	<b>Я чувствую себя беспомощным в кресле стоматолога?</b>					<b>0,7</b>
		1) да	5	15	4	0,5	
		2) нет	7	73	-2	0,2	
15	5	<b>Является ли чистка (гигиена) зубов у стоматолога для Вас неприятной?</b>					<b>0,6</b>
		1) да	7	72	-1	0,2	
		2) нет	5	16	4	0,4	
16	1	<b>Были ли у вас плохие переживания со стоматологом в детстве?</b>					<b>0,2</b>
		1) да	7	40	1	0,1	
		2) нет	5	48	-1	0,1	
17	2	<b>Вам когда-нибудь приходилось прекращать (прерывать) лечение?</b>					<b>0,0</b>
		1) да	2	15	0	0,0	
		2) нет	10	73	0	0,0	

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**Таблица 2 – Диагностическая таблица оценки информативности признака по анкете «Стоматология в Вашей семье»**

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемости градации в группе В	Диагностический коэффициент для градации	Информативность градации для обеих групп	Информативность признака
1	Д2	<b>Боишься ли ты похода к врачу-стоматологу?</b>					<b>8,34</b>
		1) да	16	0	12	4,96	
		2) нет	3	21	-8	3,38	
2	Д1	<b>Испортится ли твое настроение, если тебе предстоит поход к стоматологу?</b>					<b>5,40</b>
		1) да	13	0	12	3,68	
		2) нет	6	21	-5	1,71	
3	Р19	<b>Вы считаете, Ваш ребенок/дети испытывает страх, перед посещением врача-стоматолога?</b>					<b>5,26</b>
		1) да	16	3	8	2,69	
		2) нет	3	18	-7	2,57	
4	Р10	<b>Появляются ли у Вас перед приемом стоматолога или во время лечения какие-либо из следующих симптомов? (повышенная потливость, головокружение, тошнота, диарея, сердцебиение, повышение артериального давления, одышка, мышечное напряжение, дрожь)</b>					<b>4,65</b>
		1) да	16	2	7	2,43	
		2) нет	4	18	-7	2,22	
5	Д4	<b>С чем у тебя ассоциируется поход к врачу-стоматологу:</b>					<b>3,61</b>
		1) обычный поход к врачу	1	11	-10	2,35	
		2) неприятные воспоминания	3	1	5	0,29	
		3) волнение, чувство беспокойства	3	4	-1	0,01	
		4) страх боли	7	2	6	0,80	
		5) страх неизвестности	5	3	3	0,16	

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемости градации в группе В	Диагностический коэффициент для градации	Информативность градации для обеих групп	Информативность признака
6	Д8	<b>Выбери смайлик, который ассоциируется у тебя с проведением анестезии</b>					<b>2,76</b>
		1) радость	2	9	-6	0,99	
		2) норма	9	11	0	0,01	
		3) печаль	8	1	9	1,77	
7	P22	<b>Имеет ли Ваш ребенок какое-либо соматическое (телесное) заболевание?</b> (сердце, сосуды, дыхательная система, печень, почки, ЖКТ, травмы, ожоги, ранения, наследственные генетические или инфекционные заболевания, паразитарные инвазии, эндокринные заболевания, другое)					<b>1,36</b>
		1) Да	6	0	8	1,10	
		2) Нет	13	21	-2	0,26	
8	P21	<b>Как себя ведет Ваш ребенок во время приема?</b>					<b>1,15</b>
		1) спокойно, поддается лечению	4	12	-4	0,78	
		2) волнуется, но можно договориться	14	9	2	0,36	
		3) негативно относится к лечению	1	0	0	0,00	
9	P9	<b>С чем у Вас ассоциируется поход к врачу-стоматологу?</b>					<b>1,02</b>
		1) обычный поход к врачу	3	8	-4	0,43	
		2) ситуационная тревожность (белые халаты, яркий свет, стом. кресло и инструменты, специфический запах, крики других пациентов)	3	1	5	0,29	
		3) боль при проведении анестезии	1	3	-4	0,20	
		4) чувство стыда за состояние полости рта	1	0	0	0,00	
		5) страх боли, повреждения, беспомощности, угрозы, потери контроля	2	0	3	0,10	

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемости градации в группе В	Диагностический коэффициент для градации	Информативность градации для обеих групп	Информативность признака
		6) необъяснимое внутреннее беспокойство	3	3	0	0,00	
		7) финансовые затраты	6	6	0	0,01	
10	P6	<b>Был ли у Вас негативный опыт лечения у врача-стоматолога в детстве?</b>					<b>0,89</b>
		1) да	4	10	-4	0,47	
		2) нет	10	9	1	0,04	
		3) укажите, если Вы рассказывали об этом своему ребенку	5	2	4	0,37	
11	P20	<b>Вы помните первый визит Вашего ребенка/детей к врачу-стоматологу?</b>					<b>0,80</b>
		1) все прошло спокойно, ребенок дал себя осмотреть и полечить	9	16	-2	0,30	
		2) все прошло тревожно, ребенок плакал и капризничал, врачу с трудом удалось уговорить ребенка открыть рот	10	5	3	0,50	
12	P8	<b>Употребляете ли Вы следующие фразы при походе к врачу-стоматологу:</b> «Будешь себя плохо вести – доктор больно сделает!»; «Не будешь слушаться – тебе щеку просверлят!»; «Прекрати! А не то пойдем к зубному!»; «Больно не будет, сиди спокойно»; «Не бойся, больно не будет.»/ «Не бойся, больно будет не долго.»; «Ничего страшно не будет, сейчас доктор сделает маленький укольчик...»; «Иди, иди, тебе там делать ничего не будут».					<b>0,79</b>
		1) да	11	6	3	0,45	
		2) нет	8	15	-2	0,34	
13	ДЗ	<b>Если у тебя заболит зуб, ты сразу расскажешь об этом родителям?</b>					<b>0,58</b>
		1) да	16	13	1	0,15	
		2) нет	3	8	-4	0,43	

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемос- ти градации в группе В	Диагности- ческий коэф- фициент для градации	Информативн ость градации для обеих групп	Инфор- матив- ность признака
14	P13	<b>Вы сразу обращаетесь в медицинское учреждение, если испытываете боли различного происхождения (не только стоматологические)?</b>					<b>0,54</b>
		1) да	8	14	-2	0,25	
		2) нет	11	7	2	0,29	
15	P4	<b>Какой пол ребенка, которого Вы привели на прием?</b>					<b>0,33</b>
		1) мужской	9	14	-1	0,14	
		2) женский	10	7	2	0,19	
16	P14	<b>Как часто Вы посещаете врача-стоматолога?</b>					<b>0,24</b>
		1) раз в 6 месяцев (регулярно прихожу на плановый осмотр)	8	9	0	0,00	
		2) по необходимости (если что-то беспокоит)	10	9	1	0,04	
		3) только при острой боли	1	3	-4	0,20	
17	P15	<b>Как часто Вы приводите Вашего ребенка/детей к стоматологу?</b>					<b>0,18</b>
		1) регулярно (раз в полгода-год)	12	16	-1	0,05	
		2) по необходимости (если что-то беспокоит)	7	5	2	0,12	
		3) редко («жду до последнего»)	0	0	0	0	
18	P12	<b>Проводите ли вы психологическую подготовку Вашему ребенку/детям, перед лечением у врача-стоматолога?</b>					<b>0,14</b>
		1) да	14	13	1	0,05	
		2) нет	5	8	-2	0,10	

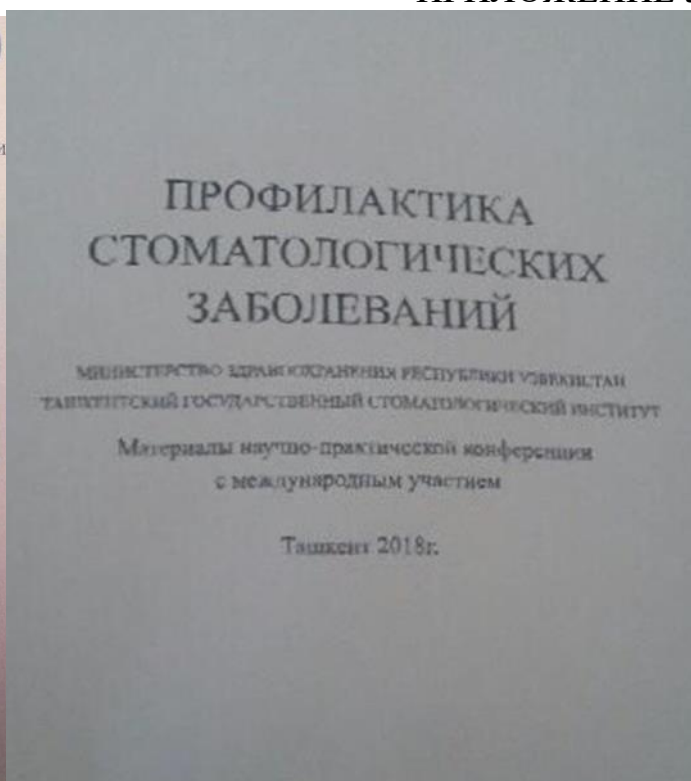
# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемости градации в группе В	Диагностический коэффициент для градации	Информативность градации для обеих групп	Информативность признака
19	P16	<b>Вы считаете, что умеете правильно чистить зубы?</b>					<b>0,12</b>
		1) да	17	21	0	0,03	
		2) нет	2	0	3	0,10	
20	P18	<b>Ваш ребенок/дети использует мобильные приложения, которые подсказывают им, как правильно чистить зубы?</b>					<b>0,11</b>
		1) да	2	1	3	0,10	
		2) нет	17	20	0	0,01	
21	P11	<b>Вознаграждаете ли Вы своего ребенка после похода к врачу-стоматологу?</b>					<b>0,07</b>
		1) да, заранее оговариваем «приз»	12	15	0	0,02	
		2) нет	7	6	1	0,05	
22	P2	<b>Сколько в Вашей семье детей:</b>					<b>0,07</b>
		1) 1	7	7	0	0,01	
		2) 2	8	8	0	0,01	
		3) 3 и более	4	6	-1	0,05	
23	Д6	<b>Ты знаешь, как правильно чистить зубы?</b>					<b>0,07</b>
		1) да	14	17	0	0,02	
		2) наверное, делаю, как умею	5	4	1	0,05	
24	P7	<b>Пугает ли Вас поход к врачу-стоматологу?</b>					<b>0,04</b>
		1) да	6	8	-1	0,03	
		2) нет	13	13	0	0,01	

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4

№ п/п	№ признака в анкете	Признак и его градации	Частота встречаемости градации в группе А	Частота встречаемости градации в группе В	Диагностический коэффициент для градации	Информативность градации для обеих групп	Информативность признака
25	P1	<b>Укажите Ваш пол</b>					<b>0,04</b>
		1) мужской	6	8	-1	0,03	
		2) женский	13	13	0	0,01	
26	D5	<b>Рассказывали ли тебе про неприятные ощущения на приеме у врача-стоматолога?</b>					<b>0,02</b>
		1) родители или друзья	10	10	0	0,01	
		2) нет	9	11	0	0,01	
27	D9	<b>Ты предпочитаешь лечить зубы с анестезией?</b>					<b>0,02</b>
		1) да	11	13	0	0,01	
		2) нет	8	8	0	0,01	
28	P5	<b>Полная ли у Вас семья?</b>					<b>0,00</b>
		1) да	14	16	0	0,00	
		2) нет	5	5	0	0,00	
29	D7	<b>Кто научил тебя чистить зубы?</b>					<b>0,00</b>
		1) родители	16	18	0	0,00	
		2) врач-стоматолог	3	3	0	0,00	
30	P17	<b>Вы сами учили ребенка чистить зубы?</b>					<b>0,00</b>
		1) да	19	21	0	0,00	
		2) нет	0	0	0	0,00	





**А.А. Васьнича, А.В. Вошула**  
**АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕГАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА**  
**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ**

Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет стоматологии и медицинских технологий,  
 Российская Федерация

Большинство детей перед стоматологическим приемом испытывают напряжение, утомление, тревогу, стресс и страх, которые зачастую приводят к устойчивой тревожности. Психическое состояние, проявляющееся в виде мимических, вербальных, моторных реакций и бесцельного поведения детей мешает лечению зубов, ухудшая качество работы. Страх у детей может переходить в состояние аффекта, которое полностью исключает возможность проведения лечения.

Управление поведением ребенка, становящийся важной частью работы детского стоматолога и является одной из причин нежелания молодых врачей работать в детской стоматологии. По данным В.Ф. Восторко (2001), коррекция поведенческих реакций у дошкольников необходима в 90,9% случаев, а директивная беседа во время лечения зубов нужна 86% младших школьников (Киселева Е.Г., 2008).

Вопрос о причинах устойчивой тревожности принадлежит к числу наиболее значимых, наиболее изучаемых и вместе с тем наиболее спорных. Существует множество теорий тревожности, так как в большинстве случаев она имеет диффузную природу (Прахман А.М., 2000).

Область интересов исследования затрагивает общие характеристики уровня тревоги у детей разного возраста (средний уровень, половые различия, области фиксации страхов и тревог), а также причины тревожности как устойчивого образования, являющегося свидетелем нарушений в личностном развитии.

Цель исследования: снижение уровня страха и тревожности на стоматологическом приеме при помощи психологических методов, используемых у детей дошкольного и младшего школьного возраста с разным уровнем социализации.

При анализе причин устойчивой тревожности особое внимание уделено роли внутрличностного конфликта, прежде всего с точки зрения порождаемых им противоречивых мотивационных тенденций.

Устойчивая тревожность свидетельствует о наличии у человека неблагоприятного, отрицательного эмоционального злота. При изучении личностной тревоги у детей необходимо ответить на вопросы: «По каким причинам, и каким способом дети приобретают отрицательный эмоциональный опыт, каковы его внешние и внутренние источники?» На основании анализа литературы, а также собственных данных нами были выделены факторы, влияющие на образование у тревожных детей дошкольного и младшего школьного возраста неблагоприятного эмоционального опыта: 1) уменьшение учитываемых условий ситуации; 2) отсутствие собственных внутренних критериев успеха и неудача; 3) запоздалое и фиксация на неблагоприятных сопровождающих лечение.